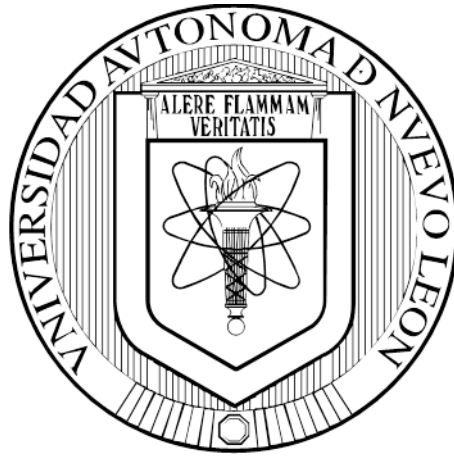


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CALIDAD DEL PLAN DE ALTA Y TRANSICIÓN SALUDABLE
EN MUJERES DURANTE EL POSTPARTO

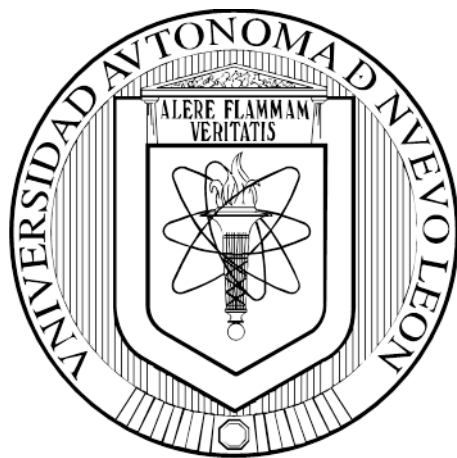
POR

LIC. MARISELA LARREA TORRES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DICIEMBRE, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CALIDAD DEL PLAN DE ALTA Y TRANSICIÓN SALUDABLE
EN MUJERES DURANTE EL POSTPARTO

POR

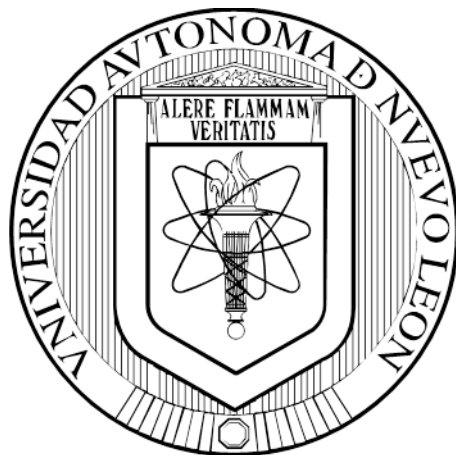
LIC. MARISELA LARREA TORRES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS
ME. JULIA TERESA LÓPEZ ESPAÑA

DICIEMBRE, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CALIDAD DEL PLAN DE ALTA Y TRANSICIÓN SALUDABLE
EN MUJERES DURANTE EL POSTPARTO

POR

LIC. MARISELA LARREA TORRES

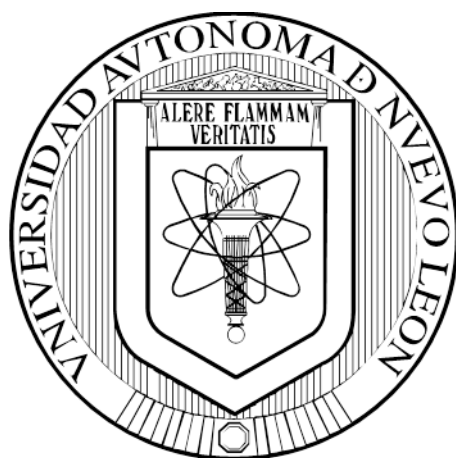
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

CO-DIRECTOR DE TESIS

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

DICIEMBRE, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CALIDAD DEL PLAN DE ALTA Y TRANSICIÓN SALUDABLE
EN MUJERES DURANTE EL POSTPARTO

POR

LIC. MARISELA LARREA TORRES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

DICIEMBRE, 2019

CALIDAD DEL PLAN DE ALTA Y TRANSICIÓN SALUDABLE
EN MUJERES DURANTE EL POSTPARTO

Aprobación de Tesis

ME. Julia Teresa López España

Director de Tesis

ME. Julia Teresa López España

Presidente

MCE. María Guadalupe Interrial Guzmán

Secretario

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A Dios por guiarme.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su compromiso para el crecimiento de esta gran casa de estudios.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirector de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, por brindarme la oportunidad de formar parte del programa de maestría.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo en beneficio de la superación académica.

A mi directora de Tesis, ME. Julia Teresa López España por compartir sus conocimientos y experiencia, ante todo su paciencia. Por compartir conmigo este tiempo de crecimiento. Y a mi Co-Director de tesis, Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis por enriquecer con sus valiosas aportaciones y recomendaciones este proyecto.

A todo el departamento de enseñanza del Hospital Universitario, por las facilidades brindadas para realizar el estudio en estas instituciones y a las mujeres participantes de este proyecto.

A todos los profesores del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería que siempre me brindaron su apoyo. Al personal administrativo de la Facultad de Enfermería, por las atenciones brindadas.

A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez por su apoyo en mi crecimiento, en especial a la MCE. Elia del Socorro García Sosa y a la Dra. Patricia Magdalena Valles Ortiz por este tiempo de apoyo y su impulso a la superación.

Dedicatoria

A mis abuelos †

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	5
Subestructuración teórica	9
Estudios relacionados	13
Definición de términos	21
Objetivos del estudio	23
Capítulo II	
Metodología	25
Diseño del estudio	25
Población de estudio, muestreo y muestra	25
Criterios de inclusión	26
Descripción de los instrumentos de medición	26
Procedimiento de recolección de datos	28
Consideraciones éticas	31
Plan de análisis estadístico	32
Capítulo III	
Resultados	34
Consistencia interna de los instrumentos	34
Estadística descriptiva	35
Estadística inferencial	38
Hallazgos Adicionales	69

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	70
Conclusiones	81
Recomendaciones para la práctica	83
Recomendaciones para la investigación	83
Referencias	84
Apéndices	90
A. Cédula de datos personales y gineco-obstétricos	91
B. Cuestionario - Preparación para el Alta Hospitalaria	
Formulario Postparto	92
C. Cuestionario -Calidad de la enseñanza al alta	
Formulario Postparto	94
D. Cuestionario -Dificultades de Adaptación Posterior al Alta	
Formulario Seguimiento Postparto	97
E. Registro de educación a pacientes	
y familia para el alta hospitalaria	99
F. Consentimiento informado	100
G. Formato de recolección de números telefónicos	103

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	35
2. Descripción de las características sociodemográficas y gineco-obstétricas	36
3. Asistencia al control prenatal e información recibida durante el control prenatal	37
4. Descripción del apoyo familiar que tendrían en el postparto	38
5. Estadística descriptiva de la calidad del plan de alta, transición saludable y prueba de normalidad de las variables continuas con corrección de Lilliefors	39
6. Descripción del cumplimiento del plan de alta	41
7. Coeficiente de Correlación de Spearman para calidad del plan de alta, transición saludable y datos sociodemográficos	44
8. Coeficiente de Correlación de Spearman entre datos sociodemográficos, componentes de la preparación para el alta hospitalaria y calidad de la enseñanza al alta	47
9. Coeficiente de Correlación de Spearman para las componentes de la preparación para el alta hospitalaria, calidad de la enseñanza al alta y transición saludable	49
10. Prueba U de Mann-Whitney de preparación para el alta hospitalaria, calidad de la enseñanza al alta según estado civil	51

Lista de Tablas

Tabla	Página
11. Prueba U de Mann-Whitney de cumplimiento del plan de alta y transición saludable según estado civil	52
12. Prueba U de Mann-Whitney de la preparación para el alta hospitalaria, calidad de la enseñanza al alta según datos gineco-obstétricos	54
13. Prueba U de Mann-Whitney de cumplimiento del plan de alta y transición saludable según datos gineco-obstétricos	55
14. Prueba U de Mann-Whitney de preparación para el alta hospitalaria y calidad de la enseñanza al alta según datos gineco-obstétricos	57
15. Prueba U de Mann-Whitney de cumplimiento del plan de alta y transición saludable según datos gineco-obstétricos	58
16. Prueba U de Mann-Whitney de preparación para el alta hospitalaria, calidad de la enseñanza al alta según el apoyo recibido en el postparto	60
17. Prueba U de Mann-Whitney del cumplimiento del plan de alta y transición saludable según el apoyo recibido en el postparto	61
18. Frecuencias y proporciones de los estresores y dificultades posteriores al alta	63
19. Prueba U de Mann-Whitney para descripción las dificultades posteriores al alta según la característica edad	65
20. Prueba U de Mann-Whitney para descripción las dificultades posteriores al alta según la característica años de educación	66
21. Prueba U de Mann-Whitney para descripción las dificultades posteriores al alta según la característica número de hijos	67

Lista de tablas

Tabla	Página
22. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para calidad del plan de alta sobre transición saludable	68
23. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para control prenatal, calidad del plan de alta sobre transición saludable	69

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Estructura de la teoría de las transiciones de rango medio	9
2. Subestructuración teórico empírica de la Teoría de las Transiciones	12

Resumen

Fecha de Graduación: Enero, 2020

LE. Marisela Larrea Torres
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Título del Estudio: CALIDAD DEL PLAN DE ALTA Y TRANSICIÓN SALUDABLE EN MUJERES DURANTE EL POSTPARTO

Número de páginas: 103

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Propósito y Método del Estudio: El propósito del presente estudio fue determinar la relación de la calidad del plan de alta y la transición saludable en mujeres en etapa de postparto. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional; se realizó un muestreo sistemático de uno en cinco con inicio aleatorio; el tamaño de la muestra fue de 201 participantes mujeres en postparto de un hospital público del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, que fueron dadas de alta en el periodo a Agosto-Octubre 2019. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial no paramétrica. El estudio se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987).

Contribución y Conclusión: El índice global de preparación para el alta hospitalaria obtuvo una media de 71.22 ($DE=16.65$), la calidad de la enseñanza para el alta una media de 67.97 ($DE= 15.34$). Sin embargo en cuanto al contenido necesitado presenta una diferencia en cuanto al contenido recibido (73.56 vs 69.71). Mostrando la discrepancia de la información necesitada y la información recibida. Con respecto al cumplimiento del plan de alta se obtuvo una media de 37.8 ($DE= 28.53$). Se observó que la mayoría de las mujeres de este estudio pudo vivir una transición saludable al obtenerse una media de 32.46 ($DE= 18.46$). Con respecto al modelo planteado se mostró que todas las variables mostraron efecto significativo, preparación para el alta hospitalaria ($\beta = -.723, p < .001$), calidad de la enseñanza al alta ($\beta = .232, p = < .001$), registro de educación a pacientes y familia ($\beta = -.178, p < .001$), sobre la transición saludable. Este estudio proporcionó información sobre las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las mujeres en postparto. Se identificó que la preparación para el alta hospitalaria y la calidad de la enseñanza al alta se vivieron bajo cierta relación con las características personales ayudando a una mayor independencia y adaptación al rol de madre después del alta.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

Reconocer la calidad como un proceso de mejoramiento continuo radica en el hecho de ver la calidad de forma total, es decir, desde dos perspectivas una objetiva y una subjetiva. La primera, basada en los aspectos estructurales de una organización; la segunda, se refiere a los cuidados, preparación y enseñanza percibida por parte del usuario de tal manera que éste tiene la capacidad para juzgar los servicios recibidos (Lenis & Manriquez, 2015; Mas et al., 2012; Moreno, 2013).

La calidad de la asistencia sanitaria según el Consejo de Salubridad General (CSG, 2018) se define como aquella que es segura, adecuada, efectiva, eficiente. Sin embargo, existen algunos procesos que requieren mayor énfasis en la calidad de los servicios, entre ellos se encuentra la preparación para el alta hospitalaria y la calidad de la enseñanza para el alta, ambos indicadores son relevante en la calidad de los servicios de salud (Barragán & Moreno, 2013).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (SS, 2015) uno de los mayores énfasis en la calidad de los servicios en la salud materna, tanto en la etapa prenatal, siendo esta determinante para empoderar en todos los sentidos a la mujer sobre autocuidados y cuidados del bebé, así como en el postparto por ser un periodo estresante en la vida familiar, así como una etapa determinante en el modo de transición vivida, ya que los miembros de la familia pueden presentar necesidades educativas en el hogar. Estas dos etapas consideradas vulnerables para la mujer y la familia, muchas muertes y complicaciones podrían evitarse con atención y educación integral, que incluya la valoración del estado físico y emocional de la madre y el estado general del recién nacido (Leyton, 2019).

El control postparto tiene como objetivo principal disminuir la morbilidad y mortalidad

materno-infantil después de un egreso hospitalario; en el caso de México, la razón de mortalidad materna en 2015 fue de 38.2 por cada 100 000 nacidos vivos. Las complicaciones y muertes puerperales se encuentran en una lista de 48 causas de muerte y según el informe del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018), en el año 2017 se atendieron 2 234 039 partos, de ellas 960 presentaron complicaciones severas de estas 577 murieron. Los registros hospitalarios de estas pacientes reportan que tenían de una hasta cinco consultas de control prenatal o llevado un registro durante el postparto, lo cual puede considerarse que la calidad de los servicios de salud en cuanto a preparación y calidad de información brindada hacia la mujer no es la suficiente para evitar tal cantidad de muertes y complicaciones que en su mayoría, son evitables (Enciso & Contreras, 2014; SS, 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; Romero et al., 2016).

Con respecto a esta situación, el aumento de número de atenciones en el parto obliga a las instituciones a generar cambios en sus políticas internas sobre los días estancia en los hospitales, la combinación de menos días de estadía, hacen que las pacientes sean dadas de alta del hospital de forma prematura, por ende, que las instrucciones al momento del alta sean más complejas. De acuerdo con esto existen reportes de las dificultades que tienen las pacientes para recordar las instrucciones dadas por parte del personal enfermería para su egreso, dificultades que derivan a una mayor probabilidad de reingreso por parte de la usuaria (Silva, Quiroz & Weiss, 2018). Según la literatura las mujeres en postparto que tienen una estadía hospitalaria prolongada experimentan menos dificultades al momento de llegar a casa, ya que existe mayor oportunidad dentro del hospital para aclarar dudas acerca del proceso del cuidado en casa (Carrillo et al., 2016; Romero et al., 2016).

El Plan Nacional de Desarrollo en su informe del Programa Sectorial de Salud plantea asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud para las mujeres, así como fomentar en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del

paciente, la cual recomienda las intervenciones extramuros por parte del personal de salud. Esto quiere decir, continuar la atención cuando se encuentran fuera de la institución hospitalaria, con ello lograr disminuir de manera importante los reingresos hospitalarios (Coleman, Parry, Chalmers, & Min, 2006; CSG, 2018; Plan Nacional de Desarrollo, 2013).

Otro aspecto importante de la calidad de la atención es el trabajo en colaboración, el cual se logra cuando se toma en cuenta a los involucrados en los procesos, en este caso a los profesionales de enfermería. Este personal se considera gerente de atención al paciente de primera línea, brindando la última oportunidad para corregir las deficiencias antes del alta (Freyermuth & Luna, 2014) es decir, cuentan con la oportunidad de brindar empoderamiento y medios para tomar una decisión asertiva y a tiempo para el egreso hospitalario, de manera que la mujer al momento de experimentar esta transición lo realice de manera saludable (Nosbusch, Weiss & Boday, 2011; Rhudy, Holland & Bowles, 2010).

Es necesario proporcionar un seguimiento especial y una atención cuidadosa para reducir las complicaciones que pueden presentarse en este período de transición, las dudas más frecuentes para estas pacientes a lo largo del tiempo son; la necesidad de información más específica en cuanto a su recuperación, atención de seguimiento en el hogar, higiene del sueño, lactancia materna, información sobre cómo controlar el dolor después del parto, pérdida de peso inicial (Maloney, & Weiss, 2008). Es por esta razón la necesidad que el registro de la enseñanza brindada a la hora de dar de alta a la paciente se realice adecuadamente, para demostrar la legalidad de los actos realizados. Además el acercamiento hacia la paciente antes de que deje el hospital con la finalidad de detectar según la perspectiva de la paciente, su preparación para el alta recibida en el hospital (Iglesias, 2015; OMS, 2013).

Una de las herramientas principales donde se ve plasmada y estandarizada esta enseñanza es el plan de alta incluido en los registros clínicos de enfermería, y es

fundamental que el personal de enfermería cumpla con el seguimiento que se tiene legalmente para el plan de alta. Al respecto se reporta en diferentes estudios que más del 70% de las enfermeras aclaran las dudas del paciente cuando ellas efectúan las recomendaciones al momento del egreso y verifican que la información haya sido captada correctamente; sin embargo, a pesar de esto más del 50% por ciento de los profesionales de enfermería no documentan el plan de alta en el expediente clínico (López, Leonel, Ávila, & Castolo, 2014; Malagon, Connelly & Bush, 2017).

La preparación para el alta, la calidad de la enseñanza, así como el cumplimiento del plan de alta y el impacto en los resultados posteriores no se han investigado sistemáticamente. Solo unos pocos estudios se han orientado a estudiar la transición a casa después del nacimiento y han evaluado la preparación de la madre antes de que egrese de un hospital (Moreno et al., 2014; Sánchez, Carrillo & Barrera, 2014; Weiss & Lokken, 2009). Distintos autores hablan de una posible relación entre las madres jóvenes, solteras o primerizas egresadas de un hospital y el aumento de dudas, uso de servicio médico de urgencias innecesario y complicaciones prevenibles en casa, así como de una mayor dificultad de adaptación al rol después del alta (Weiss & Lokken, 2009; Yanikkerem et al., 2018).

Con respecto a esto, la preparación de las madres es una actividad fundamental en las instituciones hospitalarias, debido a una evaluación oportuna de la mujer en la etapa de postparto ayudará a identificar a las madres en posible riesgo de presentar dificultades en casa después del alta. Una evaluación anticipada por enfermería permite promover efectivamente una transición saludable (Weiss, Costa, Yakusheva & Bobay, 2014). Es por esta razón que la educación, acompañamiento, resolución de dudas, asesoría y consulta de enfermería son fundamentales para esta población, siendo este proceso de enseñanza-aprendizaje clave para la paciente y su familia antes de que deje el hospital para fortalecer la capacidad posterior de autocuidado en el hogar (Moreno et al., 2014).

Por lo cual surge el propósito del presente estudio el cual es determinar la relación entre calidad del plan de alta y la transición saludable mujeres en etapa de postparto.

Marco conceptual

El presente estudio se apoyó en la Teoría de las Transiciones (TT), así como de la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (NOM-007-SSA2-2016).

De acuerdo con la Teoría se conceptualiza la situación específica de la vivencia de una transición como un flujo o movimiento del proceso desde un estado a otro, que constituye un momento de gran vulnerabilidad para los pacientes. Se trata de etapas complejas en la que los pacientes y sus familias enfrentarán las repercusiones del proceso de alta hospitalaria, sin el apoyo integral de las enfermeras y médicos que estaban en el hospital, debido a esto surgen necesidades de información, educación y apoyo (Silva, Quiroz & Weiss, 2018).

De acuerdo con Meleis (2015), las transiciones pueden ser saludables o no saludables, se entiende por transición saludable o eficaz como el rol eficiente o integración al rol, dominio de comportamientos, sentimientos, señales y símbolos asociados a las nuevas funciones. La transición no saludable o transiciones ineficaces se definen como el rol insuficiente y éste se define como cualquier dificultad en el conocimiento y/o la realización de un papel o de los sentimientos y objetivos asociados con el rol de comportamiento según la percepción de uno mismo o de otras personas. A continuación, se describen los principales conceptos que conforman la Teoría de las Transiciones (Figura 1).

Naturaleza de las transiciones

El primer constructo del modelo identifica en las personas, los tipos, patrones y propiedades, que probablemente den la pauta para la vivencia de una transición, los tipos incluyen el desarrollo, salud y enfermedad, situación y organizativo. Las transiciones de

desarrollo incluyen el nacimiento, menopausia, vejez y muerte. Las transiciones de salud y enfermedad incluyen procesos de recuperación y de alta hospitalaria. Las transiciones organizacionales se refieren a cambios en las condiciones del entorno que afectan la vida de las personas, considerando el apoyo social y familiar que recibe la persona para el desarrollo de la transición.

Entre los patrones de las transiciones se incluyen la multiparidad y la complejidad, esto se refiere a que existen individuos que experimentan múltiples transiciones o transiciones simultáneas, inclusive en el desarrollo teórico se identifica que la mayoría de las personas experimentan por lo menos dos tipos de transiciones simultáneamente, que podían no estar aisladas una de otra. En cuanto a las propiedades de la experiencia de las transiciones incluye cinco subconceptos; el primero habla sobre la conciencia el cual según la teoría se define como; “percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición”. Afirma que una persona puede ser de algún modo consciente de los cambios que está experimentando (Meleis et al., 2000).

Compromiso es otra de las propiedades sugeridas por Meleis et al. (2000), la definen como el grado de implicación de la persona al proceso de la transición. El concepto de cambio y diferencia sugiere que para comprender completamente una transición es esencial explicar los significados de los cambios y el ámbito de estos, en cuanto al concepto de las diferencias sugiere que éstas podrían ejemplificarse con expectativas no cumplidas o divergentes, sentirse diferente, ser percibido como diferente o ver el mundo y a los otros de formas diferentes, y que podría ser útil para las enfermeras considerar el nivel de comodidad y dominio del cliente para abordar los cambios y las diferencias.

El concepto del tiempo también es una propiedad de las transiciones; se define como “un punto de partida identificable, que va de los primeros signos de anticipación o demostración del cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión y estrés, y llega a un final” (Meleis et al., 2000). Por último, los puntos críticos son marcadores

específicos en la vida de la persona, asociados a una mayor consciencia del cambio al experimentar la transición. También existen puntos críticos finales que son la estabilización del nuevo hábito.

Condiciones de las transiciones

Un segundo constructo de la TT son las condiciones de las transiciones, las cuales se definen como factores o características personales, comunitarias y sociales que pueden facilitar o inhibir la experiencia de la transición (Meleis et al., 2000).

Condiciones personales

Las condiciones personales se consideran factores personales que pueden comprender los significados, actitudes y creencias atribuidos a la transición, preparación y conocimiento. Los significados atribuidos a los procesos de transición pueden ser acontecimientos que desencadenan dicha transición. Las creencias y actitudes son estigmas que las personas unen a la experiencia de la transición (Meleis et al., 2000). El estado civil, la edad, la escolaridad, el apoyo esperado por parte de un familiar o amigos son ejemplos de condiciones personales que podría tener una influencia en la experiencia de la transición convirtiéndola en saludable o no saludable. Finalmente, la preparación y el conocimiento en las que una preparación anticipada como una experiencia previa igual o similar a la actual o una experiencia inexistente puede facilitar o inhibir las transiciones (Simó, Hernández, Muñoz, & González, 2015).

Condiciones comunitarias

En cuanto a las condiciones comunitarias como los recursos de la comunidad, el entorno en el que se desarrolla cada individuo, pueden facilitar o inhibir las transiciones (Meleis, 2015).

Condiciones sociales

En cuanto a las condiciones sociales como significados, creencias y actitudes culturales con significados estereotipados tienden a interferir en el proceso de transición saludable y pueden inhibir o facilitar el proceso convirtiéndolo así en una transición

saludable o no saludable (Canaval, Jaramillo, Rosero, & Valencia, 2018; Meleis, 2015).

Patrones de respuesta

Los patrones de respuesta se conceptualizan como indicadores de proceso y de resultado, estos indicadores de proceso y de resultados caracterizan las respuestas saludables, mueven a los clientes en la dirección de la salud o hacia la vulnerabilidad y el riesgo. Los indicadores del proceso sugeridos por Meleis et al. (2000) incluyen: sentirse conectado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y afrontamiento, estos surgen de las conductas observables y no observables que ocurren durante el proceso de transición y no son aleatorios.

En cuanto a los indicadores de resultado incluyen dominio e identidades integradoras fluidas, estos dominios se refieren a que una terminación sana o transición saludable puede ser decidida por la magnitud del dominio de las habilidades y comportamientos que muestran las personas en transición para gestionar sus nuevas situaciones o entornos. La reformulación de la identidad puede también representar una terminación sana de una transición (Meleis, 2015).

Terapéutica de enfermería

Por último el constructo de terapéutica de enfermería la cual lo define la autora como; todas aquellas intervenciones de enfermería, pero sobre todo la educar como principal modalidad para crear condiciones óptimas en la preparación para la transición, para la presente investigación se conceptualiza como: cumplimiento del plan de alta por parte del personal de enfermería.

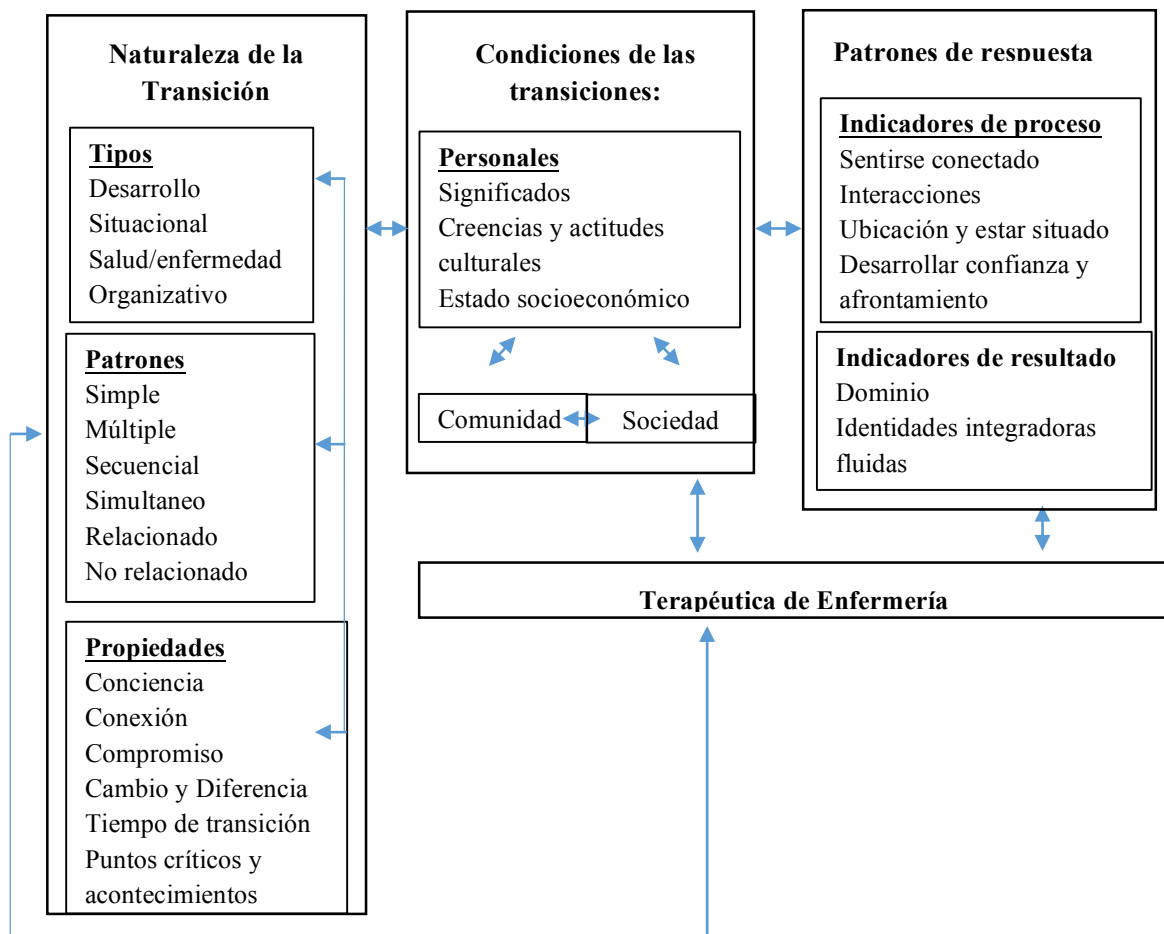


Figura 1. Estructura de la teoría de las transiciones de rango medio

Subestructuración teórica

Considerando el soporte teórico de Meleis (2015), se llevó a cabo una subestructuración teórica de la TT (Meleis, 2015) tomando en cuenta el método propuesto por Dulock y Holzemer (1993), el cual incluye cuatro pasos a seguir (1) identificar y aislar los principales conceptos, (2) especificar las relaciones entre los conceptos, (3) ordenar jerárquicamente los conceptos y las relaciones de acuerdo con su nivel de abstracción, e (4) ilustrar los conceptos y las relaciones identificadas. En la figura 2, se muestra gráficamente la subestructuración teórica realizada.

Naturaleza de las Transiciones

De acuerdo con Meleis et al. (2000), la naturaleza de las transiciones se describe a partir de tipos, patrones y propiedades: Según la autora, la transición es el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otro, esto implica una interacción de la persona con el medio en que se encuentra, provocando un cambio en su salud, roles, expectativas, habilidades y demandas.

Dentro de los tipos marcados por la teoría se encuentran los conceptos de desarrollo, para el presente estudio se utilizará como el desarrollo del tipo de parto, el cual se refiere a el comienzo de un nuevo embarazo, el cual puede culminar en ser parto fisiológico o quirúrgico. Así como el concepto de salud/enfermedad, se conceptualizará como alta hospitalaria, será medido a través de los días estancia el cual se define como la suma de cada día que un paciente permanece hospitalizado, de acuerdo con el censo diario de pacientes (Ceballos, Velásquez & Jaén 2014).

Condiciones de las transiciones

Para la presente investigación del constructo de las condiciones de las transiciones se utilizarán los conceptos de preparación y conocimiento, el conocimiento adquirido a través de una experiencia previa vivida está íntimamente ligado con la percepción de preparación y habilidades para que una persona se enfrente otra vez a un mismo proceso igual o similar (Escobar & Sanhueza, 2018). Para esta investigación se conceptualizará como los datos; edad, estado civil, nivel educativo y apoyo en casa quien ayuda en el postparto, donde permanecerá los primeros días postparto Así como; número de hijos vivos, control prenatal e información recibida durante el control prenatal en las mujeres en el periodo de postparto los cuales pueden ayudar o inhibir el proceso de transición (Romero & Romero, 2013).

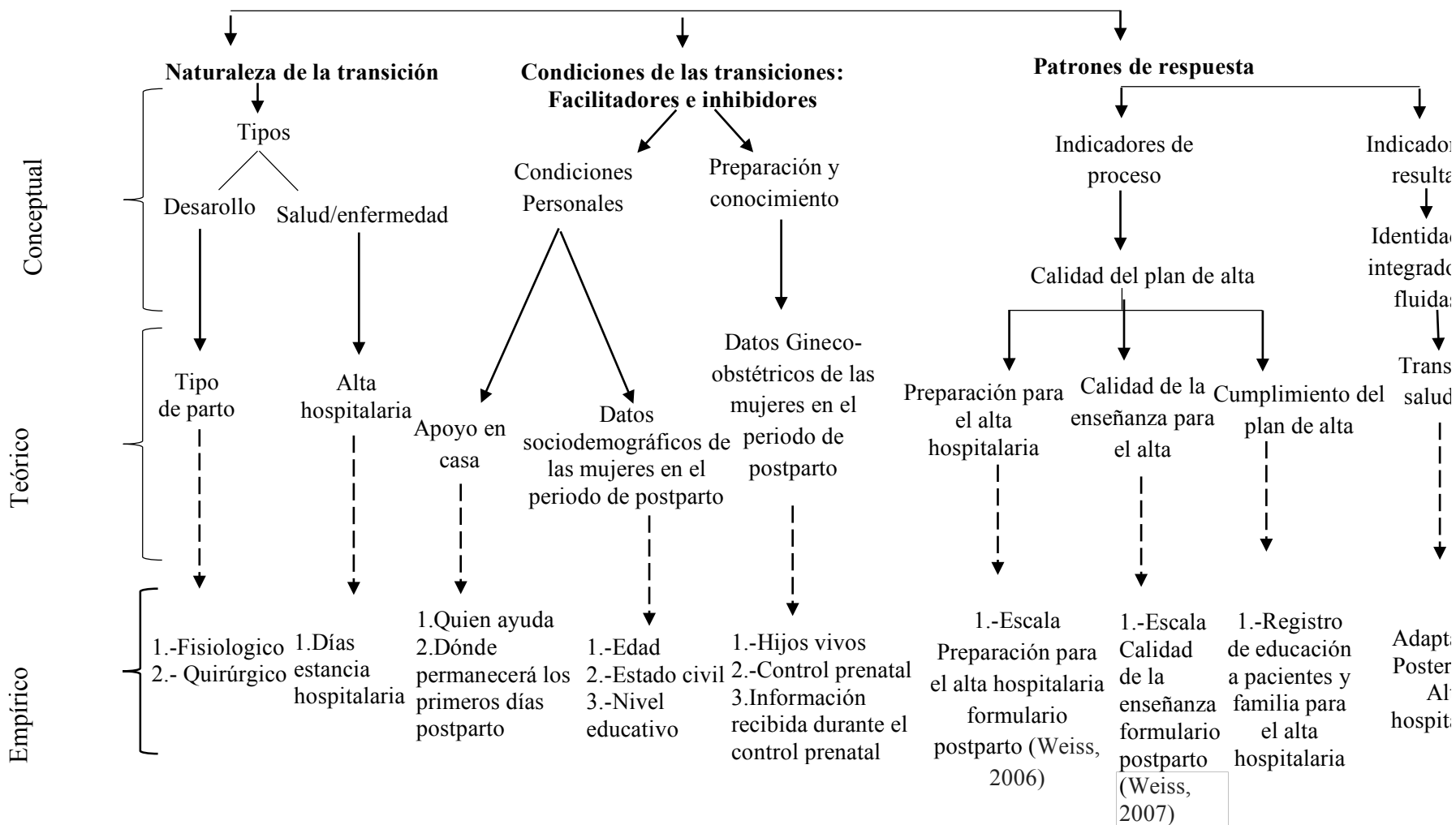
Patrones de respuesta

Otro aspecto importante para tomar en cuenta en esta investigación es el constructo de patrones de respuesta, los cuales son subcategorizados en indicadores de

proceso y resultado. Dentro de los patrones de proceso se utilizará el concepto; desarrollo de confianza y afrontamiento, el cual es definido por la autora, como el grado en que existe un patrón, que indique que la persona expresa un aumento de sus niveles de capacidad de adaptación, ante una situación nueva. Para la presente investigación se conceptualizará como calidad del plan de alta el cual toma en cuenta la preparación para el alta hospitalaria y la calidad de la enseñanza para el alta; los cuales se refieren a la expresión de un individuo sobre su percepción para sobrellevar las situaciones presentadas y hacer frente a las necesidades relacionadas con la salud, familiar o personal (Silva, Quiroz & Weiss, 2018), así mismo se incluye el cumplimiento del plan de alta el cual se conceptualiza como el llenado del registro de educación a pacientes y familia para el alta hospitalaria, encontrado en el expediente clínico de cada paciente.

En cuanto al indicador de resultado se utilizará el concepto de identidades integradoras fluidas, para la presente investigación se conceptualizará como; transición saludable, el cual se refiere a todas aquellas actividades realizadas por la persona de manera constante y fluidas para así llevar a cabo un rol a través de alguna experiencia vivida puede ser decidida por la magnitud del dominio de las habilidades y comportamientos que muestran las personas en transición para gestionar sus nuevas situaciones o entornos (Silva, Quiroz & Weiss, 2018; Sinti, Margot, Pinedo & Tello 2017).

Figura 2. Subestructuración teórico empírica de la Teoría de las Transiciones



Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados con la preparación para el alta hospitalaria, calidad de atención, el cumplimiento del plan de alta y transición saludable.

Ponce (2016), realizó un estudio en Sevilla, España, con el objetivo de conocer cuál es el grado de conocimientos de las mujeres en postparto sobre sus autocuidados y los cuidados del RN, en el momento del alta de la unidad de posparto del Hospital Universitario de la localidad. El diseño fue descriptivo transversal con una muestra total de 50 mujeres mediante muestreo no probabilístico. Se elaboró un cuestionario por los investigadores que recogían los conocimientos percibidos en distintas áreas de autocuidados y cuidados del recién nacido.

En cuanto a las características de la muestra, se encontró que el 54% (27) tiene estudios primarios, El 94% (47) de la población pertenece a una zona rural de la provincia de Sevilla. Con relación a la situación familiar, el 60% (30) contaba con la ayuda de su pareja, el 36% (18) además con el apoyo de su madre y el 4% (2) con otro tipo de ayuda. El 84% (42) viviría durante los primeros días en su domicilio, el 12% (6) lo haría en el de sus padres y el 4% (2), en otro lugar. El 60% (30) asistieron a las sesiones de educación maternal. La mediana del número de hijos fue de 1. El 82% (41) consideraban necesaria antes del alta hospitalaria información sobre autocuidados en el postparto.

El 90.6% (45) de las primíparas afirma que es necesaria la educación al alta, en comparación de las necesidades educativas de las multíparas 66.7% (33). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = .036$) entre los conocimientos que tenían las madres primíparas frente a las multíparas sobre el cuidado de la episiotomía (65.6 VS 94.4%, respectivamente), así como signos de alarma del RN (43.8 VS 83.3%) respectivamente. Las preguntas con menor puntaje de conocimiento obtenidas por las mujeres fueron: los signos de alerta que se deben vigilar, los ejercicios de recuperación,

la revisión ginecológica, los cambios emocionales y los loquios. El 82% de las mujeres solicitaron información sobre estados de ánimo y síntomas en el puerperio, sobre cuidado del cordón del recién nacido. Este porcentaje, en el caso de las primíparas, se eleva al 90.6%, lo que podría atribuirse a falta de experiencia de las mujeres que no han parido anteriormente, esta actividad, según demuestran las investigaciones, favorecería su transición y proporcionaría una mayor independencia a la unidad familiar al llegar al domicilio.

Canaval, Jaramillo, Rosero y Valencia (2018), realizaron un estudio en la ciudad de Cundinamarca, Colombia con el objetivo de identificar los elementos que caracterizan las transiciones del embarazo y el postparto a la luz de la teoría de las transiciones propuesta por Meleis et al. (2000). Se realizó una investigación de estudio cualitativo, un primer caso fue la transición saludable del embarazo y el otro fue la transición saludable del posparto. Se aplicaron instrumentos para valorar riesgo, sintomatología depresiva, calidad de vida y apoyo social.

Los resultados se presentan en cuatro componentes que hacen parte del análisis global: la transición, las propiedades universales, las condiciones y los patrones de resultado. El tipo de transición en el embarazo y en el posparto que vivieron las mujeres participantes es el de una transición saludable debido al constructo de desarrollo de la misma teoría. Estas transiciones se vivieron bajo ciertas condiciones personales y socioeconómicas, como la satisfacción que tienen por la casa en la que viven, y el tener una ocupación, lo que contribuyó a que la transición fluyera saludablemente.

La experiencia previa de haber tenido otro hijo, el nivel de conocimiento y habilidades les da muchos elementos para la realización eficaz de los cuidados. En cuanto a los patrones de resultado se observó que las mujeres tuvieron la capacidad de asumir una nueva identidad, con nuevas responsabilidades y roles como mujer, madre, esposa y trabajadora. Esta nueva identidad conduce al desarrollo de habilidades para atender cada uno de los roles.

Weiss y Lokken (2009), realizaron una investigación en la Ciudad de Wisconsin, con el objetivo de identificar predictores y resultados de la percepción de preparación de las madres postparto para el alta hospitalaria, el papel de la enseñanza de alta médica proporcionada por enfermeras, y los resultados posteriores al alta. El diseño fue de tipo descriptivo correlacional, la muestra total fue de 141 madres en periodo de postparto, que habían experimentado un parto sin complicaciones y de bebés sanos, utilizando como marco teórico la teoría de las transiciones de rango medio de Meleis et al., (2000). Se utilizaron tres instrumentos los cuales fueron; Preparación para el alta hospitalaria RHDS- nueva madre, la calidad educativa para el alta se midió utilizando el QDTS- nueva madre y el PDCDS- nueva madre de 10 elementos, se utilizó para medir la transición saludable.

En cuanto a las características de la muestra la media de edad fue de 28.6 ($DE= 6.2$), en cuanto al estado civil más del 65% de las madres estaban casadas El 33.8% (46) tiene estudios primarios, 54.4% (74) estudios medios, 11.8 (16) universitarios. El 39.4% (54) era primípara, en cuanto al tipo de parto el 70.9% (100) fue de tipo fisiológico, cesárea 29.1% (41). La utilización de amigos y familiares para asesoramiento y apoyo fue frecuente en las primeras 3 semanas posteriores al alta, aun después del apoyo recibido informaron una mayor dificultad de afrontamiento en las primeras 3 semanas después del alta.

La puntuación media de la escala QDTS sobre el contenido recibido y el esperado fue de 2.8 ($DE= 2.7$), 8 madres (6.6%) informaron haber recibido menos enseñanza de la que consideraban necesaria, estas pacientes tuvieron una mayor dificultad en el hogar, lo que resultó en llamadas más frecuentes a amigos y familia para asesoramiento y apoyo. También aquellas que sintieron que recibieron una peor calidad de la enseñanza al alta tuvieron más atención urgente / visitas de emergencia para problemas de recién nacidos. Se Identificó que las madres más jóvenes y aquellas que habían tenido un parto por cesárea tenían más posibilidad tener dudas acerca del

seguimiento médico de ella y él bebé así como más posibilidades de utilizar el servicio médico.

Este hallazgo es consistente con las recomendaciones para una visita de seguimiento para las madres cesáreas dentro de los 7 a 14 días posteriores al parto. Por lo que se indicó que las mujeres que se sentían menos preparadas para el alta informaron una mayor dificultad de integración y adaptación al rol, es decir la transición experimentada no fue saludable para estas mujeres después del alta. Estos resultados proporcionan evidencia de la importancia de la preparación para el alta como un resultado importante en la transición vivida después del parto.

Malagon, Connelly y Bush (2017), realizaron un estudio de tipo descriptivo correlacional en Estados Unidos, en un hospital público, con el objetivo de identificar los factores más predictivos a la satisfacción con la calidad de la enseñanza de las madres después del parto sobre la preparación para el alta hospitalaria antes del parto, intraparto y postparto, incluidos en el plan de alta de enfermería, utilizando el Modelo de adaptación de enfermería de Roy y la teoría de la transición de Meleis et al., (2000). La muestra fue de 184 madres en periodo de postparto con un rango de edad de 18- 49 años, dos tercios de las madres (61.6%) tuvieron un parto fisiológico, solo el 38.4% tuvieron cesárea y una estadía promedio para ambas de 2.9 días (rango de 1 a 7 días), en cuanto a la media de número de hijos fue de 1.6 ($DE=.08$).

Para la recolección de los datos se utilizaron las escalas de Preparación para el alta hospitalaria para la nueva madre, la escala de enseñanza a la hora de dar de alta al paciente formulario para la nueva madre. Los resultados obtenidos según la escala preparación para el alta nueva madre (RHDS, por sus siglas en ingles), se encontró que las pacientes que tenía más de dos hijos se sentían más preparadas para irse a casa, la educación al alta resultó más eficiente para estas pacientes en comparación con las madres primerizas ($F=5.38, p=.02$). El modo de parto también fue un factor predictivo para la preparación de la madre, ya que la educación brindada era más compleja al

momento de entender para las madres que habían tenido un parto quirúrgico ($F= 4.33$, $p=.04$).

Las intervenciones de enfermería como la educación resultó predictora ($F = 61.8$, $p = <.001$) para fomentar la autoconfianza en la preparación de la madre para cuidarse a sí misma, al bebé y a la familia después del alta. En cuanto a la calidad de la enseñanza al alta, el 7.6% (14) de las participantes informaron haber recibido menos contenido educativo que su necesidad declarada.

Acevedo, Pizarro, Moriel, González y Berumen, (2016) realizaron una investigación en la ciudad de Chihuahua, México con la finalidad de explorar el desarrollo del proceso educativo del profesional de enfermería que promueva el autocuidado en la mujer en el puerperio. El estudio fue de tipo cualitativo a través de la utilización de herramientas como el diario de campo, la entrevista a profundidad y la observación participante. Se conformaron dos grupos, en el primer grupo se incluyó a mujeres en etapa de postparto, el segundo grupo se constituyó con las profesionales de enfermería responsables del cuidado de las mujeres en etapa de postparto.

Según las características de las madres la edad se encontró entre los 16 y 29 años, en la mayoría de las mujeres su primera experiencia de puerperio ocurrió en la adolescencia. Durante la interacción con la mujer en puerperio, se identificaron las limitaciones que existen con respecto a la comunicación a la hora de egresar del hospital, el desinterés de la enfermera para con la mujer en puerperio es uno de las principales limitantes para una buena comunicación, por lo que al revisar la educación se dieron cuenta que esta, era limitada.

Debido a esta situación la mujer es llevada a desarrollar prácticas de cuidado genérico que no siempre favorecen las medidas higiénicas y dietéticas idóneas. Por lo que el proporcionar información a un familiar desde que ingresa la paciente hasta el momento de su egreso es primordial para llevar a cabo la mejor educación para favorecer la rehabilitación de la mujer en el postparto.

López, Leonel, Ávila, y Castolo, (2014), realizaron un estudio en un hospital público de tercer nivel de la Ciudad de México, de tipo transversal descriptivo con el objetivo de evaluar la trascendencia y aplicación del plan de alta y el impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. El instrumento de recolección fue una encuesta de opinión con 14 ítems, se dividió en cuatro apartados en función de su aplicabilidad. La primera parte corresponde a datos generales como: edad, sexo, servicio y nivel de estudio. En el segundo apartado se evaluó la elaboración y aplicación del plan de alta contemplando el concepto de plan y en qué forma expresa las recomendaciones y si éstas son documentadas en el expediente clínico. La tercera parte se refiere al contenido del plan.

En cuanto a los resultados, el promedio de edad es de 36 años con un rango de 39 a 50 años. En lo que respecta al concepto del plan de alta, más de 50% lo define como orientación y recomendación al egreso hospitalario, 81% de las recomendaciones están enfocadas en los medicamentos, signos y síntomas de alarma, así como los cuidados en el hogar y las medidas higiénico-dietéticas. Se observó que el 70% de las enfermeras aclaran las dudas del paciente. Sin embargo, a pesar de esto más del 50% de los profesionales de enfermería no lo documentan en el expediente clínico. Al preguntarle al personal de enfermería cuál sería el impacto que tiene la aplicación del plan de alta, 90% de los profesionales percibe que se disminuiría el número de quejas, reingresos hospitalarios y sobre todo de complicaciones

Silva, Quiroz y Weiss (2018), llevaron a cabo un estudio en Chile de tipo descriptivo correlacional, el objetivo fue analizar la influencia de las percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico- quirúrgicos de un hospital de alta complejidad, utilizando la Teoría de las Transiciones. La muestra final fue de 152 pacientes adultos médico-quirúrgicos, por muestreo intencionado en unidades médicas generales, quirúrgicas y cardíacas. Los criterios de inclusión fueron que la indicación médica de alta ya estuviese programada y el hogar como destino posterior al alta, edades

entre 18 a 89 años. Se analizaron las variables las cuales fueron la percepción del paciente de estar preparado a través de la Escala de Preparación para el alta hospitalaria (*Readiness Hospital Discharge Scale, RHDS*), y la Escala de calidad de la educación al alta (*Quality of Discharge Teaching Scale, QDTS*).

En cuanto a los resultados se encontró mediante la R^2 ajustada que el 22% de la variación del puntaje de la escala RDHS está explicada por las tres variables independientes de las subescalas de QDTS que se ajustaron por las características del paciente y los factores de la hospitalización. Por lo tanto, la asociación entre las subescalas contenido recibido (CR) y la entrega de la educación (ED) de la encuesta QDTS con la preparación para el alta se observa como positiva y fuerte ($p < .05$). Lo que coincide con los constructos teóricos en relación con mayores niveles de contenido recibido y de la calidad de la educación para el alta, mayor es la satisfacción de la calidad de atención recibida para la preparación de los pacientes y, por consiguiente, mejora su disposición para el momento del alta.

Yanikkerem et al. (2018), realizaron un estudio en la ciudad de Manisa, Turquía con el objetivo de estudio evaluar los factores que afectan la preparación para el alta y el apoyo social percibido después del parto en dos hospitales públicos. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y transversal. Con una muestra de 572 atendidas durante el período de octubre de 2014 y marzo de 2015, incluyó a las mujeres que asistieron al hospital en tres días de la semana seleccionados al azar (martes, miércoles y jueves), mujeres mayores de 18 años que, tuvieron un recién nacido sano.

Se utilizó una cedula de datos para identificar a las mujeres y dos cuestionarios el primero la "Escala de preparación para el alta hospitalaria - formulario nueva madre" (RHD-NMF), que fue desarrollada por Weiss y Placentine (2006). Y un segundo instrumento el cual fue la escala de la "Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido" (MSPSS) para evaluar el apoyo social.

En cuanto las características de la población la media de edad de las mujeres y su pareja fue de 27.8 ($DE= 5.8$) y 31.5 ($DE= 5.9$), respectivamente. El 28.5% (174) de las mujeres tenía 9 años o más de educación, el 81.8% (499) de ellas estaba desempleada, el 29.5% (180) eran primípara. La mayoría de las mujeres 98.0% (598) tuvo control prenatal, la mitad de las mujeres (51.0%) tuvieron parto quirúrgico y el 73.8% de ellas permaneció en el hospital 1 o 2 días después del parto. La mayoría de las mujeres 85.9% (524) declararon que recibieron información sobre el período posparto y la fuente de información sobre el alta hospitalaria la recibieron del personal de enfermería.

Los temas de información sobre el alta hospitalaria fueron los siguientes: lactancia materna (76.2%), cuidado de suturas (64.8%), higiene personal (64.8%), cuidado de senos (59.0%), cuidado del cordón umbilical (58.5%), planificación familiar (52.1%), alimentación saludable (41.6%). En cuanto al apoyo esperado las mujeres declararon que el 89.2% de ellas tenía a alguien que las apoyaba después del parto y con mayor puntaje fueron; la mamá (47.4%), suegra (44.8%) y pareja (30.2).

Las mujeres y sus parejas de edades comprendidas entre los 18 y los 31 años obtuvieron puntuaciones más bajas sobre el conocimiento que las que tenían más de 32 años ($p = 0.003$, $p < 0.001$, respectivamente). La puntuación de la capacidad de adaptación posterior al alta se encontró más baja en mujeres de 18 a 31 años con una media de 22 ($DE= 6.2$). La puntuación media total de RHD-NMF se encontró estadísticamente más baja en las mujeres que eran primerizas 159.1 ($DE= 33.9$) que la media encontrada en las mujeres multíparas 165.9 ($DE= 34.0$).

Síntesis

Los estudios muestran que la educación brindada en mujeres en etapa de postparto así como el cumplimiento del plan de alta hospitalario es de suma importancia antes de que egresen de un hospital, se identificó que las que tenían una mayor preparación y mayor disponibilidad de ir a su hogar eran quienes habían tenido una experiencia previa de algún embarazo respecto a las mujeres que eran primerizas,

también el contar con una red de apoyo, haber permanecido más días de hospitalización reducía las dificultades al egreso hospitalario. Las madres dadas de alta en 48 horas o menos se adaptan a la maternidad sin la educación y evaluación que antes era posible con la hospitalización prolongada, además que no se llevan en su totalidad las citas de control prenatal.

El experimentar una preparación para el alta hospitalaria influye para tener un egreso hospitalario exitoso, y una transición saludable. También se pudieron identificar las limitantes en cuanto al cumplimiento del plan de alta ya que a pesar de haberse realizado no se encuentra documentado en el expediente clínico de las pacientes; así mismo, se identificó según la percepción de las mujeres que durante la interacción enfermera- paciente existía un desinterés en cuanto a la información brindada y preparación para con la mujer a la hora de dar de alta. Se encontraron algunos estudios donde las mujeres expresaron haber recibido una buena educación para su egreso, pero no se sentían completamente preparadas para irse a casa y experimentar una transición saludable.

Definición de términos

En este apartado se presenta la definición de las variables que se utilizaron en el presente estudio.

Calidad del plan de alta, es el proceso en que la mujer es preparada para ser dada de alta, e irse al hogar en este proceso se considera la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza para el alta y el cumplimiento del plan de alta.

Preparación para el alta hospitalaria, es la información proporcionada por el personal de enfermería a la mujer en etapa de postparto sobre su capacidad para sobrellevar las situaciones relacionadas de salud, después del alta. La cual fue medida a través del cuestionario- Preparación para el Alta Hospitalaria Formulario Postparto (Weiss, 2006).

Calidad de la enseñanza para el alta, es la información proporcionada por el personal de enfermería a la mujer en etapa de postparto antes de egresar del hospital esta información debe incluir medidas de autocuidado y cuidados del recién nacido. La cual fue medida a través del cuestionario- Calidad de la Enseñanza al Alta formulario Postparto (Weiss, 2007).

Cumplimiento del plan de alta, sumatoria obtenida del registro de educación a pacientes y familia en el expediente clínico de cada paciente, donde a mayor puntuación mayor cumplimiento del plan de alta.

Factores sociodemográficos

Edad, es el tiempo de vida de la mujer desde su nacimiento, hasta la actualidad, la cual será tomado por número de años.

Estado civil, situación personal en que se encuentra la mujer en periodo de postparto en relación con otra persona, al momento de la entrevista. Incluye opciones como casada, viuda, soltera, divorciada, unión libre.

Nivel educativo, número de años de educación formal reportados por la mujer en postparto al momento de la entrevista.

Factores gineco-obstétricos

Tipo de parto, es la expulsión de uno o más fetos desde el interior del útero al exterior ya sea fisiológico o quirúrgico.

Días estancia hospitalaria, son la suma de cada día que una paciente permanece hospitalizada.

Hijos vivos, número de hijos vivos al momento de la entrevista.

Control Prenatal, asistencia a control del embarazo en un centro salud o consulta privada, cumpliendo con al menos cuatro consultas.

Información recibida durante el control prenatal, se refiere a los temas de salud recibidos en el control durante el embarazo sobre; lactancia materna, alimentación saludable, autocuidados y cuidados del recién nacido.

Apoyo en el postparto, es la expresión de la mujer acerca de las personas de quien puede recibir algún tipo de ayuda durante el postparto y el lugar donde pasará este periodo.

Transición saludable, son las actividades realizadas por la mujer en etapa de postparto de manera constante y sin dificultad expresadas por ella para llevar a cabo un rol en el hogar, el cual fue medido a través del cuestionario- Dificultades de Adaptación Posterior al Alta formulario Seguimiento Postparto (Weiss, 2009).

Objetivos del estudio

Con base en lo expuesto, para el presente estudio se plantearon los objetivos que se señalan a continuación.

Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad del plan de alta (preparación para el alta hospitalaria, calidad de la enseñanza para el alta, cumplimiento del plan de alta) y la transición saludable en mujeres en etapa de postparto.

Objetivos específicos

1. Describir la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza para el alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable en mujeres en etapa de postparto.
2. Identificar la relación entre la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza al alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable.
3. Describir la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza al alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable en mujeres en etapa de postparto según los factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel educativo).
4. Describir la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza al alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable en mujeres en etapa de postparto según factores gineco-obstétricos (tipo de parto, días de estancia hospitalaria,

número de hijos vivos, control prenatal, e información recibida durante el control prenatal).

5. Describir la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza al de alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable según el apoyo recibido en el postparto.

6. Describir las dificultades posteriores al alta en mujeres en etapa de postparto.

7. Identificar las dificultades posteriores al alta según las características personales de las mujeres en etapa de postparto.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, la población, el muestreo, la muestra, los criterios de inclusión, los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos, además las consideraciones éticas y el plan de análisis de datos para dar respuesta a los objetivos planteados.

Diseño del estudio

El diseño del presente estudio fue de tipo descriptivo, correlacional (Grove, Burns, & Gray, 2012). Debido a que describe la preparación para el alta hospitalaria, el cumplimiento del plan de alta, la calidad de la enseñanza y la transición saludable en mujeres en etapa de postparto. Además, se revisan las diferencias de las variables de estudio con algunas características sociodemográficas y gineco-obstétricas; igualmente se determinaron la relación entre las variables de interés.

Población de estudio, muestreo y muestra

La población de interés estuvo conformada por mujeres mayores de 18 años en etapa de postparto fisiológico o quirúrgico, que cuenten con mínimo 24 horas de hospitalización en un hospital de tercer nivel de atención del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El tipo de muestreo para la selección de pacientes fue sistemático de uno en cinco con inicio aleatorio, el cual se realizó con la obtención de listado de censo diario de pacientes con las características de interés.

El tamaño de muestra se calculó a través del paquete estadístico nQuery Advisor® (Elashoff, 2007) versión 4.0, la muestra se estimó para un modelo de regresión lineal múltiple con un nivel de significancia de .05, se calculó con una potencia de .90, y un Coeficiente de Determinación R^2 de .09 (Cohen, 1998). Se obtuvo una muestra de 201 participantes.

Criterios de inclusión

Mujeres con un parto fisiológico o quirúrgico y postparto de bajo riesgo que cuenten con un medio de comunicación telefónico para el seguimiento al hogar.

Mujeres que sean dadas de alta con su bebé sin ninguna complicación médica.

Descripción de los instrumentos de medición

Para el presente estudio se utilizaron dos cédulas, la primera cédula sobre datos sociodemográficos y gineco-obstétricos, la segunda sobre el registro de educación a pacientes y familia para el alta hospitalaria, así como tres instrumentos de los cuales, uno será aplicado a través de una llamada telefónica. La cédula de datos es dirigida a reunir información sobre edad, estado civil, nivel educativo, hijos vivos, días de estancia hospitalaria, tipo de parto, así como control prenatal y temas vistos en el control prenatal (Apéndice A). Los instrumentos fueron aplicados mediante entrevista por el investigador.

Para la variable preparación para el alta hospitalaria se utilizó el cuestionario Preparación para el Alta Hospitalaria Formulario Postparto de Weiss (2006). El instrumento consta de 22 ítems, la cual es una escala de calificación sumada (0-10), el instrumento contiene 2 preguntas recodificables la pregunta 2 y 5. Examina a través de cuatro subescalas las dimensiones principales respecto del proceso del alta, con palabras de anclaje (no del todo, totalmente). 1. Estado Personal (1-8) 2. Conocimiento (9-15), 3. Afrontamiento (16-18), 4. Apoyo esperado. (19-22). Teniendo como puntaje mínimo 0 y un máximo de 220, donde las puntuaciones más altas indican una mayor preparación para el alta (Apéndice B). El Alpha de Cronbach reportado es de .89. El idioma original del instrumento es el inglés, pero se cuenta con la versión en español proporcionado por la autora.

Para la variable calidad de la enseñanza para el alta se utilizó el cuestionario-Calidad de la enseñanza al alta Formulario Postparto de Weiss (2007). La cual consta de 19 ítems con una calificación con puntuación del 0 al 10. Mide tres subescalas de la

percepción del paciente en relación con la calidad de la educación recibida con palabras de anclaje (nada, mucho). 1. Contenido necesario (1a-7a) 2. Contenido recibido (1b-7b) y 3. Entrega de la educación al alta (8-19), esta última representa la habilidad de las enfermeras como educadores para impartir enseñanza de alta.

Tiene como puntaje mínimo 0 y un máximo de 190 las puntuaciones más altas indican mejor calidad de la enseñanza de alta (Apéndice C). El instrumento contiene una pregunta con opción de respuesta abierta la cual se utilizó para conocer la opinión sobre la calidad de la enseñanza al alta hospitalaria. El coeficiente de Alpha de Cronbach reportado es de .90. El idioma original del instrumento es el inglés, pero se cuenta con la versión en español proporcionado por la autora.

Para la variable Transición saludable se utilizó el cuestionario Dificultades de Adaptación Posterior al Alta formulario Seguimiento Postparto de Weiss (2009). El instrumento consta de 10 ítems usa un formato de respuesta de 0 a 10, con palabras de anclaje de en absoluto y extremadamente en los polos 0 y 10, respectivamente, el instrumento consta de 3 preguntas re codificables la pregunta 8, 9 y 10. Teniendo como puntaje mínimo 0 y un máximo de 100 una puntuación alta indica una mayor dificultad de integración para sobrellevar la situación en casa.

El instrumento consta de cinco preguntas con una opción de respuesta abierta las cuales se utilizaron para conocer los factores estresantes para la transición saludable. El Alpha de Cronbach reportado es de .87. El instrumento ha sido aplicado por vía telefónica, el seguimiento ha sido de 1 hasta 3 semanas posteriores al alta, de hasta 3 seguimientos de llamadas (Apéndice D). El instrumento no ha sido aplicado en población mexicana, en su versión original se encuentra en idioma inglés; Sin embargo, fue sometido a una traducción al idioma español y posteriormente del idioma español al inglés, este proceso de traducción y back- traslation, se realizó a través de un experto certificado y al final de este proceso se sometió a una prueba piloto.

Por último para la variable cumplimiento de plan de alta, se utilizó un instrumento que contiene preguntas dicotómicas todas con respuestas si y no, se pregunta si se encuentra el registro en el expediente clínico, temas vistos antes del alta como; lactancia materna, autocuidados y cuidados del recién nacido, alimentación saludable, y planificación familiar, respecto a los métodos serán; la explicación verbal, la demostración, videos y audios y material impreso como la entrega de trípticos, dípticos etc. Respecto a la comprensión del aprendizaje fue; si el paciente refiere educación, reducción de comprensión, realización del procedimiento. Se identificó a que persona se le proporciona la educación, las opciones son; paciente, familiar u otra persona, en cuanto a quien imparte la educación fue; residente de medicina, enfermería, médico interno o trabajo social (Apéndice E). A mayor número de respuestas afirmativas, mayor cumplimiento de plan de alta.

Procedimiento de recolección de datos

El estudio fue sometido a revisión para su autorización ante el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se acudió a la institución hospitalaria para obtener permiso de la Dirección de la institución hospitalaria donde se llevó a cabo el estudio. Se informó acerca del estudio al jefe de enfermería de los servicios de hospitalización participantes, así como a supervisoras y encargadas del turno, se buscó aplicar los instrumentos considerando las actividades diarias hospitalarias sin afectar ninguna de ellas.

Se visitaron los servicios de hospitalización en el turno matutino y vespertino, para identificar a las pacientes con las características requeridas; esto con la ayuda de la enfermera en turno, así como del censo diario de pacientes, para realizar la aleatorización de las pacientes.

Una vez identificadas las participantes se corroboraron en el expediente clínico las notas de alta hospitalaria por parte del médico tratante, posteriormente se acudió con

las pacientes elegidas, según el censo y criterios de selección, a las cuáles se les solicitó su participación de manera voluntaria, teniendo un tiempo anticipatorio antes de que la paciente saliera de la institución. Se les señaló que su participación consistirá primeramente en contestar unas preguntas sobre datos sociodemográficos y ginecológicos, posterior a esto contestar dos encuestas, las cuales les serán realizadas por parte del investigador y posteriormente se les informó que dentro de ocho días se les contactará nuevamente por vía telefónica, respetando los horarios convenientes para las participantes sin afectar sus actividades diarias, se explicó que la llamada tendrá una duración aproximada de 10 min. Una vez que la paciente aceptó participar, pero no contaba con un número telefónico personal, se le pidió el de algún familiar cercano.

Se les explicó el objetivo del estudio, así como la importancia de su participación, se les hizo hincapié en que su participación era totalmente voluntaria y los datos obtenidos eran de manera anónima en todo momento, ya que no se requirió identificarlas por nombre, a las mujeres que aceptaron participar se les entregó un consentimiento informado (Apéndice F) el cual les fue leído. Una vez que firmaron el consentimiento informado se procedió a la recolección de datos, se cuidó la privacidad de la paciente durante la entrevista, cuando fue posible se recorrió la cortina para mayor privacidad, se cuidó que en el momento de la entrevista no se encontrara personal de enfermería cerca para evitar que su presencia interfiriera en la sinceridad de la respuesta de la participante.

Una vez llenada la cédula de datos sociodemográficos y ginecológicos se procedió a aplicar el primer cuestionario llamado Preparación para el Alta Hospitalaria Formulario Postparto, se les explicó todas las preguntas, posterior a esto se aplicó el cuestionario Calidad de la Enseñanza al alta Formulario Postparto. Se informó que, si durante la entrevista se sintiera incómoda con alguna de las preguntas tiene la oportunidad y el derecho de no contestarlas y abandonar el estudio si así lo decidiera sin que ello tenga alguna repercusión en su persona o con la institución.

Las opciones de respuesta para las dos escalas fueron mostradas por el investigador con una tabla de tamaño oficio con letra legible, donde las opciones se pudieron observar claramente, el investigador dio lectura a las preguntas y el paciente respondió de acuerdo a su percepción. Al finalizar se les recordó que se le contactará telefónicamente a los ocho días posterior a su alta, para ello se le solicitó su número telefónico, se le agradeció su participación de igual manera se agradeció a la institución hospitalaria por su colaboración en este estudio.

Se contó con un formato en donde se registró un folio para cada participante (el mismo registrado en la cédula de datos), así como el número telefónico para contactarlo posterior al alta hospitalaria (Apéndice G), este formato se utilizó únicamente como una medida de control del seguimiento del paciente en el hogar, su resguardo fue en un sobre para asegurar la confidencialidad y anonimato de los participantes, el cual fue utilizado solo por el investigador para fines del estudio.

Finalmente, a los ocho días posteriores al alta hospitalaria, se contactó telefónicamente en el horario referido de su preferencia, cuando no fue posible contactar a la participante en la primera llamada se intentó nuevamente una llamada diaria en tres días consecutivos. Se consideró como abandono a las participantes que no respondieron en este periodo. Una vez que se contactó a la participante se aplicó el cuestionario Dificultades de Adaptación Posterior al Alta formulario Seguimiento Postparto, se le explicó que tiene opciones de respuesta del 0 al 10 donde cero significa en absoluto y 10 extremadamente, además que se realizarían preguntas abiertas donde podían responder si así lo deseaban, en caso contrario se les explicó que no afectaría su seguimiento.

Las participantes que tuvieron alguna duda relacionada con su situación actual y no pudo ser resuelta, se les recomendó asistir al lugar donde refirieron llevar su control médico. Una vez que se terminó la aplicación del instrumento, se le agradeció su participación en el estudio.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987), en su última reforma publicada [DOF 02-04-2014]. Referente al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, se establece que, para el desarrollo de investigación en salud, se deben considerar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los individuos sujetos a investigación, por lo cual se trató al participante con respeto y de forma profesional, estando atento a cualquier situación incómoda, asegurando en todo momento su confidencialidad y bienestar.

Por lo anterior, se consideró lo estipulado en el Artículo 13, que declara que en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y bienestar. Para el cumplimiento de este artículo, se respetó la decisión de la mujer a participar o no en la investigación, se le brindó información clara, concisa y comprensible antes y durante la recolección de los datos. Además, las participantes fueron tratadas de manera atenta, profesional y con respeto a su persona, durante todo el proceso de la investigación.

Para dar cumplimiento al Artículo 14, Fracciones I, III, V, VI, VII y VIII, en el presente estudio se contó con un consentimiento informado, y para asegurar su cumplimiento, se contó con la aprobación de los Comités de investigación y ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL. En el cumplimiento del Artículo 16, se protegió la privacidad de las participantes, se garantizó el anonimato, ya que el instrumento no contaba con el nombre de la participante para evitar su identificación.

Conforme al Artículo 17, Fracción II el presente estudio se consideró de riesgo mínimo debido a que se aplicarán instrumentos de lápiz y papel. Sin embargo, se utilizaron instrumentos en donde algunas preguntas pudieron causar emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad temporal; en dado caso que la

experimentará tales reacciones, la entrevista fue suspendida inmediatamente y fue reprogramada cuando la participante lo decidiera.

Según el Artículo 20 y el Artículo 21, Fracciones I, II, III y IV, el consentimiento informado por escrito explicó de manera clara los objetivos, justificación, procedimiento. Así mismo de acuerdo con la Fracción VI, se dio respuesta a cualquier pregunta o aclaración \ acerca del procedimiento de recolección de información. En cuanto a la fracción VII, se le informó sobre la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que decidiera sin repercusiones.

De la misma manera la fracción VII, se protegió la confidencialidad de la información. Los instrumentos de recolección de datos fueron resguardados bajo llave en un archivo destinado para ello y los resultados fueron reportados sólo en forma general, sin posibilidad de identificación individual, serán resguardados por el investigador por seis meses y posteriormente destruidos. para garantizar la confidencialidad y privacidad a su persona la participante no proporcionó su nombre en ningún momento.

De acuerdo con lo estipulado en el Artículo 22, el consentimiento informado por escrito fue elaborado por el autor principal del estudio, el cual se sometió a aprobación ante los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la FAEN, antes de la recolección de los datos. Por último, se respetó lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57 que señala que los participantes al ser grupo subordinado. Por lo que su participación fue voluntaria y no estuvo influenciada por ninguna autoridad de la institución en donde se encontraba la participante, además se garantizó que los resultados no serán utilizados para causarles algún perjuicio.

Plan de análisis estadístico

Una vez obtenidos los datos, estos fueron codificados para su procesamiento electrónico a través el paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versión 21, para Windows. Se determinó la consistencia interna de

los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach. Para el análisis de datos, se empleó estadística descriptiva e inferencial; el análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad.

Antes de proceder al análisis inferencial, se calcularon las sumatorias e índices de cada variable continua de los instrumentos. Posteriormente se evaluó la normalidad de estas variables, a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors; donde la mayoría de los resultados obtuvo una $p < .05$; es decir no presentaron distribución normal, por lo que se decidió emplear estadística no paramétrica para responder a los objetivos planteados.

Se dio respuesta a los objetivos planteados en este estudio, tal como se describe a continuación. Para los objetivos uno, se empleó estadística descriptiva, a través de medidas de tendencia central (media, mediana) y variabilidad (desviación estándar). Para el objetivo dos se empleó estadística inferencial a través de la prueba del Coeficiente de Correlación Rho de Spearman.

Para el objetivo tres, cuatro y cinco se empleó estadística descriptiva, a través de medidas de tendencia central (media, mediana) y variabilidad (desviación estándar), el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman. Además se utilizó la prueba U de Mann-Whitney. Para el objetivo seis se empleó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones. Además para el objetivo siete se empleó estadística descriptiva, a través de medidas de tendencia central (media, mediana) y variabilidad (desviación estándar), y se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, por último para dar respuesta al objetivo general se empleó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos de la siguiente manera: consistencia interna de los instrumentos, estadística descriptiva, prueba de normalidad de las variables de estudio y finalmente estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados.

Consistencia interna de los instrumentos

La tabla 1, muestra la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio a través del Coeficiente de Alpha de Cronbach. Para el cuestionario Preparación para el Alta Hospitalaria Formulario Postparto se obtuvo un Coeficiente de Confiabilidad de .94 en su escala total. El cuestionario Calidad de la Enseñanza al Alta formulario Postparto obtuvo un Coeficiente de Confiabilidad de .90 en su escala total. Por último el cuestionario Dificultades de Adaptación Posterior al Alta formulario Seguimiento Postparto presentó un Coeficiente de Confiabilidad aceptable de .88 (Grove & Burns, 2012).

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

<i>Instrumentos</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Alpha de Cronbrach</i>
Cuestionario- Preparación para el Alta		
Hospitalaria Formulario Postparto	22	.94
1. Subescala del estado personal	8	.75
2. Subescala de conocimiento	7	.92
3. Subescala de afrontamiento	3	.82
4. Subescala de apoyo esperado	4	.89
Cuestionario-Calidad de la enseñanza al alta		
Formulario Postparto	26	.90
1. Subescala contenido necesitado	1a -7a (7)	.91
2. Subescala contenido recibido	1b -7b (7)	.89
3. Subescala del modo de entrega de la educación al alta	12	.93
Cuestionario- Dificultades de Adaptación		
Posterior al Alta formulario Seguimiento Postparto	10	.88

Estadística descriptiva

La muestra estuvo conformada por 234 mujeres en postparto, se dio un seguimiento telefónico a 201 el resto, no fue localizado debido a que no fue posible contactarlos telefónicamente. Con respecto al perfil de las participantes la media de edad se ubicó en 22.56 ($DE= 4.73$), los años de educación formal se ubicó en 9.99 años ($DE= 2.44$), en cuanto a los números de días hospitalizadas se obtuvo una media de 1.83 días ($DE= .78$), la media de número de hijos se ubicó en 1.79 ($DE=.90$). El tipo de parto que predominó en la población fue el parto quirúrgico con un 57.70%, en cuanto al estado civil predominó unión libre con un 48.80% (Tabla 2).

Tabla 2

Descripción de las características sociodemográficas y gineco-obstétricas

Características sociodemográficas y gineco-obstétricas	Media	Mdn	DE	Valor	
				Min	Max
Edad	22.56	21.00	4.73	18	41
Años de educación formal	9.99	9.00	2.44	4	16
Número de hijos	1.79	2.00	.90	1	6
Número de días estancia hospitalaria	1.83	2.00	.78	1	4
			<i>f</i>	<i>%</i>	
Estado civil					
Soltera			53	26.40	
Casada			50	24.80	
Unión libre			98	48.80	
Tipo de parto					
Fisiológico			85	42.30	
Quirúrgico			116	57.70	

Nota: *Mdn*=Mediana, *DE*= desviación estándar, Min= Valor mínimo, Max= Valor Máximo, *f*= Frecuencias, %= Porcentajes, n= 201

La Tabla 3 se reporta la asistencia al control prenatal e información recibida durante el control prenatal, donde se muestra que el 73.10% del total de la población llevó control prenatal durante su embarazo, con respecto a la información recibida durante el control prenatal predominó el tema de lactancia materna con un 71.60%.

Tabla 3

Asistencia al control prenatal e información recibida durante el control prenatal

Asistencia / Información recibida	n	SI		No	
		f	%	f	%
Llevo control prenatal	201	147	73.10	54	26.90
Información recibida durante el control prenatal:	147				
Lactancia materna		144	71.60	3	1.50
Alimentación saludable		119	59.20	28	13.90
Autocuidados		125	62.20	22	10.90
Cuidados del recién nacido		123	61.20	24	11.90
Planificación familiar		130	64.70	17	8.50

Nota: f= Frecuencias, %= Porcentajes, n= número de observaciones

La Tabla 4, muestra la descripción del apoyo familiar que tendrían en los primeros días postparto de la población, donde el 80.10%, sí cuenta con alguien que le ayude en el postparto, el familiar de quien reciben apoyo postparto fue la mamá predominando con un 36.30%, en cuanto al lugar donde permanecerán los primeros días posteriores al egreso el 57.20% dijo que sería en casa propia.

Tabla 4

Descripción del apoyo familiar que tendrían en el postparto

Apoyo familiar	n	f	%
Cuenta con alguien que le ayude en el postparto	201		
No		40	19.90%
Si		161	80.10%
De quien recibe ayuda	161		
Pareja		57	28.40%
Mamá		73	36.30%
Suegra		21	10.40%
Hermana		10	5.00%
Donde permanecerá los primeros días posteriores al egreso	201		
Casa propia		106	52.7%
Mamá		76	37.8%
Suegra		19	9.5%

Nota: f= Frecuencias, %= Porcentajes

Estadística inferencial

En la tabla 5, se presenta los datos descriptivos de los instrumentos de medición los cuales se convirtieron en índices para el análisis estadístico, así como los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov con corrección de Lilliefors, los cuales indican que la distribución de la mayoría de las variables de estudio no muestra normalidad ($p < .05$), a excepción de la calidad de la enseñanza al alta, por lo tanto se utilizaron pruebas no paramétricas para dar respuesta a los objetivos.

Para dar respuesta al primer objetivo que propuso; describir la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza para el alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable en mujeres en etapa de postparto, se obtuvo una media de

71.22 ($DE=16.65$), la calidad de la enseñanza para el alta una media de 67.97 ($DE= 15.34$). Sin embargo en cuanto al contenido necesitado presenta una diferencia en cuanto al contenido recibido (73.56 vs 69.71). Con respecto al cumplimiento del plan de alta se obtuvo una media de 37.8 ($DE= 28.53$). En cuanto a la transición saludable en mujeres en etapa de postparto se observa una media de 32.46 ($DE= 18.46$).

Tabla 5

Estadística descriptiva de la calidad del plan de alta, transición saludable y prueba de normalidad de las variables continuas con corrección de Lilliefors

Calidad del plan de alta y Transición saludable	Media	Mdn	DE	Valor		D^a	P
				Min	Max		
Preparación para el Alta Hospitalaria	71.22	76.36	16.65	34	99	.135	.001
1. Estado personal	69.92	71.25	13.61	29	98	.07	.010
2. Conocimiento	69.82	75.71	22.76	23	100	.14	.001
3. Afrontamiento	74.84	76.67	17.02	30	100	.11	.001
4. Apoyo esperado	73.56	77.50	23.90	0	100	.14	.001
Calidad de la Enseñanza al Alta	67.97	65.7	15.34	20	100	.06	.080
1. Contenido necesitado	73.97	80.00	22.36	4	100	.14	.001
2. Contenido recibido	69.71	72.88	21.24	9	100	.09	.001
3. Modo de entrega de la educación al alta	63.45	62.50	22.11	2	100	.07	.001
Cumplimiento del plan de alta	37.81	50.00	28.53	0	75	.24	.001
Transición saludable	32.46	34.00	18.46	2	83	.10	.001

Nota: Mdn=Mediana, DE= desviación estándar, Min= Valor mínimo, Max= Valor Máximo, D^a =estadístico de prueba de distribución de normalidad, p= Significancia estadística, n=201

La tabla 6, muestra el cumplimiento del plan de alta registrado en los expedientes clínicos el cual fue de 65.20%. En cuanto a los temas del registro de alta se observa la lactancia materna es el más registrado con un 64.20%, en cuanto a los métodos utilizados para dar la educación al alta fueron explicación verbal y material impreso (trípticos, díptico) con un 65.20%. Respecto a la comprensión del aprendizaje al alta se obtuvo que el 65.20% de las pacientes refieren educación del tema enseñado y el 47.80% realizan la devolución del procedimiento enseñado antes del alta. El 65.20% de los casos es la paciente quien recibe la educación al alta y solo el 24.90% es acompañada de algún familiar. El personal de salud con mayor proporción que imparte la educación al alta fue enfermería 65.20%.

Tabla 6

Descripción del cumplimiento del plan de alta

Cumplimiento del registro de educación	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Se encuentra de educación al alta registrado en el expediente clínico	131	65.20	70	34.80
Temas de educación al alta registrados en el expediente clínico:				
Lactancia materna	129	64.20	72	35.80
Alimentación saludable	72	35.80	129	64.20
Autocuidados	94	46.80	107	53.20
Cuidados del recién nacido	82	40.80	119	59.20
Planificación familiar	93	46.30	108	53.70
Método utilizado para la educación al alta:				
Explicación verbal	131	65.20	70	34.80
Demostración de procedimiento	0	0	201	100
Videos y audio	0	0	201	100
Material impreso (trípticos, díptico)	131	65.20	70	34.80
Comprensión del aprendizaje al alta:				
Paciente refiere educación del tema	131	65.20	70	34.80
Paciente muestra reducción de la comprensión del aprendizaje al alta	0	0	201	100
Paciente realiza la devolución procedimiento enseñado	96	47.80	105	52.20
Parentesco de la persona que recibe la educación al alta:				
Paciente	131	65.20	70	34.80
Familiar del paciente	50	24.90	151	75.10
Otro	0	0	201	100
Personal de salud que imparte la educación al alta:				
Residente	80	39.80	121	60.20
Enfermería	131	65.20	70	34.80
Médico interno	185	92	16	8
Trabajo social	22	10.90	179	89.10

Nota: *f*= Frecuencias, %= Porcentajes, n= 201

Para dar respuesta al objetivo dos el cual propuso; identificar la relación entre la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza al alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable. Se obtuvo que la preparación para el alta hospitalaria se identificó una correlación positiva con la calidad de la enseñanza al alta ($r_s = .519, p < .01$), y con el cumplimiento del plan de alta ($r_s = .338, p < .01$), esto indica que a mayor preparación para el alta hospitalaria mayor es la calidad de la enseñanza y mayor es el cumplimiento del plan de alta, además se encontró una correlación negativa con la transición saludable, ($r_s = -.631, p < .01$), esto quiere decir que una mayor preparación para el alta hospitalaria refleja una transición saludable (Tabla 7).

Para dar respuesta a los objetivos tres y cuatro se utilizó la prueba de Correlación de Spearman, así como la prueba de U de Mann Whitney, los resultados se muestran en las tablas 7 a la 15. Se identificó la correlación positiva del factor sociodemográfico; edad con la percepción para la preparación para el alta hospitalaria ($r_s = .476, p < .01$), es decir que, a mayor edad mayor percepción para la preparación para el alta hospitalaria. También se mostró correlación de la edad con el cumplimiento del plan de alta ($r_s = .217, p < .01$), es decir a mayor edad mayor cumplimiento del plan de alta, con respecto a la transición saludable, se encontró correlación negativa con la edad ($r_s = -.526, p < .01$), esto quiere decir que una mayor edad refleja una transición saludable.

Además se encontró que los años de educación se relacionan positivamente con la preparación para el alta hospitalaria ($r_s = .275, p < .01$), y con el cumplimiento del plan de alta ($r_s = .149, p < .05$), es decir que a mayor número de años de educación mayor es el cumplimiento del plan de alta. También se muestra una relación negativa con la transición saludable ($r_s = -.338, p < .01$), es decir que mayor número de años de educación refleja una transición saludable.

De acuerdo con los factores gineco- obstétricos, se encontró una correlación positiva con el número de hijos y la preparación para el alta hospitalaria

($r_s = .471, p < .01$), y el cumplimiento del plan de alta lo que indica que, a mayor número de hijos mayor es la preparación al alta hospitalaria y mayor es el cumplimiento del plan de alta. Se encontró una correlación negativa ($r_s = -.533, p < .01$), con la transición saludable, esto quiere decir que tener mayor número de hijos refleja una transición saludable. En cuanto a los días estancia no se encontró ninguna correlación.

Tabla 7

Coefficiente de Correlación de Spearman para calidad del plan de alta, transición saludable y datos sociodemográficos

Calidad del plan de alta, transición saludable y datos sociodemográficos	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Edad	1							
2. Años de educación	.452**	1						
3. Número de hijos	.661**	.296**	1					
4. Días hospitalizada	.124	.087	.232**	1				
5. Preparación para el Alta Hospitalaria	.476**	.275**	.471**	-.003	1			
6. Calidad de la Enseñanza al Alta	.051	-.062	.051	-.034	.519**	1		
7. Cumplimiento del plan de alta	.217**	.149*	.202**	-.036	.338**	.207**	1	
8. Transición saludable	-.526**	-.338**	-.533**	-.057	-.631**	-.181*	-.431**	1

Nota: p = significancia estadística, * <.05, **<.01

La tabla 8, se identificó una correlación positiva del factor sociodemográfico; edad con el estado personal ($r_s = .378, p < .01$), es decir a mayor edad mayor el estado personal; es decir el estado físico y emocional de la mujer. También se encontraron correlaciones positivas con el conocimiento ($r_s = .499, p < .01$), y el afrontamiento ($r_s = .370, p < .01$), esto quiere decir que a mayor edad mayor es el conocimiento adquirido para el alta y mayor es el afrontamiento para el alta, por último para el apoyo esperado se encontró una correlación positiva donde a mayor edad mayor es el apoyo esperado ($r_s = .356, p < .01$)

Respecto a la edad se encontró una correlación negativa con el contenido necesitado ($r_s = -.254, p < .01$), es decir a menor edad mayor información necesitada. En cuanto al contenido recibido no se obtuvo correlación con la edad, además se muestra que el modo de entrega de la educación al alta; la cual refleja la habilidad del personal de enfermería como educadores, se correlacionó positivamente ($r_s = .283, p < .01$), es decir las mujeres de mayor edad perciben satisfactoriamente el modo de entrega de educación al alta.

Además se encontró una correlación positiva con los años de educación con el estado personal ($r_s = .272, p < .01$), es decir a mayor años de educación mayor es el estado personal, también se encontraron correlaciones positivas con el conocimiento ($r_s = .338, p < .01$), y el afrontamiento ($r_s = .169, p < .05$), esto quiere decir que a mayor años de educación mayor es el conocimiento adquirido para el alta y mayor es el afrontamiento para el alta. Con respecto al contenido necesitado ($r_s = -.338, p < .01$), y el contenido recibido ($r_s = -.198, p < .01$), se encontró una correlación negativa, esto quiere decir que a menores años de educación mayor es el contenido necesitado y menor el contenido recibido. Con respecto al modo de entrega de la educación al alta se encontró una correlación positiva con número de años de educación ($r_s = .211, p < .01$), es decir las mujeres con mayor número de años de educación perciben como satisfactorio el modo de entrega de educación al alta.

De acuerdo con los factores gineco- obstétricos, se encontró una correlación positiva con el número de hijos y el estado personal ($r_s = .377, p < .01$), esto quiere decir que a mayor número de hijos mejor es el estado personal, así como con el conocimiento ($r_s = .516, p < .01$), donde a mayor número de hijos mayor es el conocimiento para el alta, también se encontró correlación positiva con el afrontamiento ($r_s = .391, p < .01$), y el apoyo esperado ($r_s = .309, p < .01$), esto quiere decir que a mayor número de hijos mejor es el afrontamiento y mayor es el apoyo esperado.

Con respecto al contenido necesitado, se obtuvo una correlación negativa con el número de hijos ($r_s = -.263, p < .01$), esto quiere decir que a menor número de hijos mayor es el contenido necesitado. Se obtuvo una correlación positiva con el modo de entrega de la educación al alta ($r_s = .309, p < .01$), es decir las mujeres con mayor número de hijos perciben como satisfactorio el modo de entrega de educación al alta. Con respecto a los días hospitalizada no se encontró ninguna correlación.

Tabla 8

Coeficiente de Correlación de Spearman entre datos sociodemográficos, componentes de la preparación para el alta hospitalaria y calidad de la enseñanza al alta.

Datos sociodemográficos y componentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Edad	1										
2. Años de educación	.452**	1									
3. Número de hijos	.661**	.296**	1								
4. Días hospitalizada	.124	.087	.232**	1							
Preparación para el Alta Hospitalaria Formulario											
Postparto											
5. Estado personal	.378**	.272**	.377**	-.067	1						
6. Conocimiento	.499**	.338**	.516**	.046	.737**	1					
7. Afrontamiento	.370**	.169*	.391**	.014	.713**	.733**	1				
8. Apoyo esperado	.356**	.091	.309**	-.018	.616**	.711**	.662**	1			
Calidad de la Enseñanza al Alta Formulario											
Postparto											
9. Contenido necesitado	-.254**	-.338**	-.263**	.043	.252**	-.278**	-.153*	-.125	1		
10. Contenido recibido	-.039	-.198**	-.066	-.129	.175*	.226**	.240**	.315**	.402**	1	
11. Modo de entrega de la educación al alta	.283**	.211**	.309**	-.025	.676**	.753**	.714**	.751**	-.082	.408**	1

Nota: p = significancia estadística, * <.05. **<.01

La tabla 9, presenta la correlación de los componentes de la preparación para el alta hospitalaria y calidad de la enseñanza al alta y transición saludable a través del Coeficiente de Correlación de Spearman, se identificó una correlación negativa entre la transición saludable con el estado personal ($r_s = -.552, p < .01$), también se encontraron correlación negativa con el conocimiento ($r_s = -.627, p < .01$), y el afrontamiento ($r_s = -.544, p < .01$), esto quiere decir que mayor conocimiento y mayor afrontamiento, reflejan una transición saludable. Por último para el apoyo esperado se encontró una correlación negativa con la transición saludable ($r_s = -.472, p < .01$), es decir las mujeres con mayor apoyo esperado en el postparto reflejan una transición saludable.

Respecto al contenido necesitado y la transición saludable se encontró una correlación positiva ($r_s = .311, p < .01$), es decir las mujeres con mayor contenido necesitado para el alta reflejan una transición no saludable. En cuanto contenido recibido no se obtuvo correlación, además se muestra que el modo de entrega de la educación al alta se correlacionó negativamente ($r_s = -.481, p < .01$), es decir las mujeres que reflejaron una transición saludable evaluaron satisfactoriamente el modo de entrega de educación al alta.

Tabla 9

Coeficiente de Correlación de Spearman para los componentes de la preparación para el alta hospitalaria, calidad de la enseñanza al alta y transición saludable

Componentes y transición saludable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Transición saludable	1							
Preparación para el Alta Hospitalaria Formulario Postparto								
2. Estado personal	-.552**	1						
3. Conocimiento	-.627**	.737**	1					
4. Afrontamiento	-.544**	.713**	.733**	1				
5. Apoyo esperado	-.472**	.616**	.711**	.662**	1			
Calidad de la Enseñanza al Alta Formulario Postparto								
6. Contenido necesitado	.311**	.252**	-.278**	-.153*	-.125	1		
7. Contenido recibido	-.049	.175*	.226**	.240**	.315**	.402**	1	
8. Modo de entrega de la educación al alta	-.481**	.676**	.753**	.714**	.751**	-.082	.408**	1

Nota: p = significancia estadística, * <.05, **<.01

Dentro de las diferencias encontradas en el factor sociodemográfico estado civil, preparación para el alta, la calidad de la enseñanza alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable (Tablas 10 y 11), se identificó que las mujeres casadas tenían mejor percepción para la preparación para el alta que las mujeres solteras o en unión libre ($Mdn=81.14$ vs 60.45 , 75.36). Además el estado civil mostró una diferencia significativa con el cumplimiento del plan de alta siendo en las mujeres casadas donde se refleja mayor ($Mdn = 55.00$ vs 45.00 , 50.00), así mismo el estado civil muestra una diferencia significativa con la transición saludable siendo las mujeres casadas quienes reflejan una transición saludable en comparación con las mujeres solteras o en unión libre ($Mdn = 14.50$, vs 43.00 , 36.00).

Tabla 10

Prueba U de Mann-Whitney de preparación para el alta hospitalaria, calidad de la enseñanza al alta según estado civil

Estado Civil	Preparación para el Alta Hospitalaria					Calidad de la Enseñanza al Alta				
	Media	Mdn	DE	U	p	Media	Mdn	DE	U	p
Casada	77.59	81.14	12.66			63.46	65.58	17.26		
Soltera	62.98	60.45	16.76	707.50	.001	68.16	65.77	11.52	1178.50	.334
Unión libre	72.43	75.36	16.76			70.17	66.92	15.75		

Nota: *Mdn*=Mediana, *DE*= desviación estándar, *U*= prueba de U de Mann Whitney, *p*= Significancia estadística

Tabla 11

Prueba U de Mann-Whitney de cumplimiento del plan de alta y transición saludable según estado civil

Estado Civil	Cumplimiento del plan de alta					Transición saludable				
	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Casada	45.80	55.00	25.97	925.00	.007	22.94	14.50	18.90	578.50	.001
Soltera	30.66	45.00	28.74			41.23	43.00	17.71		
Unión libre	37.70	50.00	28.87			32.58	36.00	16.30		

Nota: *Mdn*=Mediana, *DE*= desviación estándar, *U*= prueba de U de Mann Whitney, *p*= Significancia estadística

Dentro de las diferencias encontradas en los factores gineco-obstétricos, se obtuvo que la preparación para el alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable no presentaron diferencia significativa con el tipo de parto (Tabla 12 y 13). Sin embargo el llevar control prenatal a no llevarlo durante el embarazo presentó diferencia significativa ($p = >.001$) en la preparación para el alta ($Mdn = 79.09$ vs 59.09), y la calidad de la enseñanza ($Mdn = 68.08$ vs 62.88).

También se identificó una diferencia significativa en las mujeres que tuvieron control prenatal durante el embarazo para el desarrollo de una transición saludable ($Mdn = 28.00$ vs 47.50), en comparación con las que no tuvieron, el cumplimiento del plan de alta no mostró diferencia significativa con el tipo de parto y el control prenatal.

En cuanto a recibir información o no recibir sobre lactancia materna durante el control prenatal presentó una diferencia significativa con la preparación para el alta hospitalaria ($Mdn = 79.09$ vs 60.45), con la calidad de la enseñanza para el alta ($Mdn = 68.08$ vs 63.08), y la transición saludable ($Mdn = 28.0$ vs 47.0). Con respecto a recibir o no recibir información sobre alimentación saludable en el control prenatal se encontraron diferencias significativas con la preparación para el alta ($Mdn = 81.36$ vs 60.91), y el desarrollo de una transición saludable al obtener menores medianas ($Mdn = 26.00$ vs 41.00).

Tabla 12

Prueba U de Mann-Whitney de la preparación para el alta hospitalaria, calidad de la enseñanza al alta según datos gineco-obstétricos

Datos gineco-obstétricos	Preparación para el Alta Hospitalaria					Calidad de la Enseñanza al Alta				
	Media	Mdn	DE	U	p	Media	Mdn	DE	U	p
Tipo de parto										
Fisiológico	72.41	79.09	16.67	451.50	.406	67.88	65.77	16.24	487.50	.397
Quirúrgico	70.35	71.14	16.66			68.10	66.73	14.71		
Control prenatal										
Si	74.51	79.09	14.85	245.00	.001	69.63	68.08	14.46	297.00	.008
No	62.26	59.09	18.10			63.46	62.88	16.83		
Información recibida- Lactancia materna										
Si	74.55	79.09	14.74	261.00	.001	69.81	68.08	14.51	304.50	.004
No	62.81	60.45	18.31			63.31	63.08	16.47		
Información recibida- Alimentación saludable										
Si	76.04	81.36	14.53	279.00	.001	69.94	68.08	15.13	375.00	.010
No	63.30	60.91	16.99			64.73	63.46	15.23		

Nota: Mdn=Mediana, DE= desviación estándar, U= prueba de U de Mann Whitney, p= Significancia estadística

Tabla 13

Prueba U de Mann-Whitney de cumplimiento del plan de alta y transición saludable según datos gineco-obstétricos (Continuación)

Datos gineco-obstétricos	Cumplimiento del plan de alta					Transición saludable				
	Media	Mdn	DE	U	p	Media	Mdn	DE	U	p
Tipo de parto										
Fisiológico	38.71	50.00	29.52	454.50	.328	32.53	32.00	18.79	490.50	.941
Quirúrgico	37.16	50.00	27.89			32.41	34.50	18.30		
Control prenatal										
Si	39.39	50.00	27.78	362.00	.336	28.24	28.00	16.95	202.00	.001
No	33.52	45.00	30.32			43.94	47.50	17.63		
Información recibida- Lactancia materna										
Si	39.48	50.00	27.82	371.50	.286	28.28	28.00	16.91	222.00	.001
No	33.60	45.00	30.08			43.04	47.00	17.94		
Información recibida- Alimentación saludable										
Si	39.96	50.00	27.74	429.50	.249	27.35	26.00	17.36	273.50	.001
No	34.28	45.00	29.61			40.87	41.00	17.20		

Nota: *Mdn*=Mediana, *DE*= desviación estándar, *U*= prueba de U de Mann Whitney, *p*= Significancia estadística

De acuerdo en lo expuesto en las tablas 14 y 15, se muestra que recibir información sobre autocuidados a no recibirlo presenta una diferencia significativa con la preparación para el alta hospitalaria ($Mdn = 80.45$ vs 61.82), así mismo recibir información sobre autocuidados a no recibirlo presenta una diferencia significativa con la calidad de la enseñanza para el alta con ($Mdn = 68.46$ vs 62.88), y sobre una transición saludable ($Mdn = 28.00$ vs 41.00). Con respecto a recibir información sobre cuidados del recién nacido o no recibirlo se mostró diferencia significativa sobre la preparación para el alta ($Mdn = 80.0$ vs 62.5) y la calidad de la información al alta ($Mdn = 68.46$ vs 63.00) y la transición saludable ($Mdn = 28.0$ vs 41.5).

La preparación para el alta muestra una diferencia significativa con recibir información sobre planificación familiar ($Mdn = 79.09$ vs 60.46), así mismo la calidad de la enseñanza al alta ($Mdn = 68.08$ vs 63.46). De acuerdo con la transición saludable y el tema sobre planificación familiar se muestra que recibir información o no recibirla durante el control prenatal presenta una diferencia significativa ($Mdn = 29.09$ vs 42.00).

Tabla 14

Prueba U de Mann-Whitney de preparación para el alta hospitalaria y calidad de la enseñanza al alta según datos gineco-obstétricos

Preparación para el Alta Hospitalaria						Calidad de la Enseñanza al Alta				
	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Información recibida- Autocuidados										
Si	75.32	80.45	14.51	293.00	.001	70.51	68.46	14.53	328.00	.001
No	63.86	61.82	17.78			63.41	62.88	15.79		
Información recibida- Cuidados del Recién Nacido										
Si	74.90	80.00	14.89	325.50	.001	69.72	68.46	14.22	365.00	.009
No	64.90	62.50	17.70			64.96	63.00	16.75		
Información recibida- Planificación familiar										
Si	74.74	79.09	14.45	319.00	.001	69.24	68.08	14.08	379.00	.043
No	64.63	60.45	18.52			65.60	63.46	17.31		

Nota: Mdn=Mediana, DE= desviación estándar, U= prueba de U de Mann Whitney, p= Significancia estadística

Tabla 15

Prueba U de Mann-Whitney de cumplimiento del plan de alta y transición saludable según datos gineco-obstétricos (Continuación)

Cumplimiento del plan de alta						Transición saludable				
	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Información recibida- Autocuidados										
Si	39.88	55.00	28.34	399.50	.093	28.52	28.00	17.39	301.00	.001
No	34.10	45.00	28.68			39.53	41.00	18.34		
Información recibida- Cuidados del Recién Nacido										
Si	39.09	50.00	28.18	437.00	.408	28.18	28.00	17.18	295.50	.001
No	35.61	45.00	29.17			39.81	41.50	18.38		
Información recibida- Planificación familiar										
Si	39.08	50.00	28.09	4323.00	.495.	28.50	29.00	17.13	291.00	.001
No	35.43	45.00	29.37			39.89	42.00	18.69		

Nota: Mdn=Mediana, DE= desviación estándar, U= prueba de U de Mann Whitney, p= Significancia estadística

Para dar respuesta al objetivo 5 que propuso describir la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza al de alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable según el apoyo recibido en el postparto, se identificó que contar con ayuda en el postparto presenta una diferencia significativa con la preparación para el alta y la transición saludable ($p > .001$) y el cumplimiento del plan de alta ($p > .05$). Se identificó que para la preparación para el alta como familiar de quien reciben apoyo fue la pareja ($Mdn = 83.18$ vs $83.59, 81.36, 70.45$) en comparación con el resto de los familiares. Además se identificó que tener apoyo de la pareja refleja una transición saludable ($Mdn = 21.0$ vs $32.0, 30.0, 27.5$).

Con respecto al lugar donde permanecerá el periodo de postparto se identificó una diferencia significativa permanecer en casa propia que en otro lugar con respecto a la preparación para el alta ($Mdn = 79.09$ vs $78.18, 67.73$), Así mismo se muestra una diferencia significativa con la transición saludable pasar el periodo de postparto en casa propia ($Mdn = 30.5$ vs $35.7, 36.0$) que pasarlo en otro lugar (Tabla 16 y 17).

Tabla 16

Prueba U de Mann-Whitney de preparación para el alta, calidad de la enseñanza al alta según el apoyo recibido en el postparto

Preparación para el Alta Hospitalaria						Calidad de la Enseñanza al Alta				
	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Cuenta con ayuda en el postparto										
Si	74.64	79.09	15.19	140.50	.001	68.16	66.92	16.13	395.00	.610
No	57.47	53.86	15.27			67.20	65.00	11.77		
Quien ayuda										
Pareja	77.28	83.18	15.04			67.21	65.77	16.30		
Mamá	71.49	70.45	15.02			69.02	68.08	15.66		
Suegra	75.82	81.36	17.63			68.52	63.85	17.75		
Hermana	80.05	81.59	6.37			66.54	70.96	17.20		
Donde permanecerá en el postparto										
Casa propia	73.18	79.09	15.89			66.94	65.19	15.58		
Mamá	68.04	67.73	16.91			69.85	68.46	14.44		
Suegra	72.97	78.18	18.67			66.17	60.00	17.46		

Nota: *Mdn*=Mediana, *DE*= desviación estándar, *U*= prueba de U de Mann Whitney, *p*= Significancia estadística

Tabla 17

Prueba U de Mann-Whitney del cumplimiento del plan de alta y transición saludable según el apoyo recibido en el postparto

Cumplimiento del plan de alta						Transición saludable				
	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Cuenta con ayuda en el postparto										
Si	39.13	50.00	28.70	259.50	.050	28.51	29.00	16.64	126.00	.001
No	32.50	45.00	27.52			48.38	49.00	16.98		
Quien ayuda										
Pareja	46.32	55.00	26.68			24.74	21.00	15.70		
Mamá	33.77	45.00	29.04			32.01	32.00	17.23		
Suegra	40.71	55.00	29.71			28.38	30.00	17.44		
Hermana	34.00	45.00	30.16			24.70	27.50	11.36		
Donde permanecerá en el postparto										
Casa propia	39.86	50.00	28.42			30.31	30.50	18.08		
Mamá	34.47	47.50	28.68			35.76	37.00	18.85		
Suegra	39.74	50.00	28.74			31.26	36.00	18.03		

Nota: Mdn=Mediana, DE= desviación estándar, U= prueba de U de Mann Whitney, p= Significancia estadística

La tabla 18, muestra las dificultades al alta expresadas por las mujeres en etapa de postparto, dando resultado al objetivo seis, se observó la situación económica como primera dificultad con la que se encuentran después de salir del hospital con un 61.20%. De acuerdo con la recuperación se encontró el manejo del dolor con un 65.20%. En cuanto al cuidado del bebé y la alimentación se observó con un 57.70%, las pocas horas de descanso, el dolor en senos con un 71.60% respectivamente. Con respecto a las dificultades para los miembros de la familia u otras personas cercanas el 33.80% respondió que fue la de adaptación de un nuevo miembro a la familia. Estas preguntas se encuentran de manera abierta por lo que algunas participantes no señalaron ninguna dificultad al alta, mientras que otras expresaron más de una opción.

Tabla 18

Frecuencias y proporciones de los estresores y dificultades posteriores al alta

Estresores y dificultades posteriores al alta	<i>f</i>	%
Después de salir del hospital, en su vida que ha sido estresante		
Situación económica	123	61.20%
Manejo de medicamentos	55	27.40%
Tener más de dos hijos	22	10.10%
No tener una pareja estable	66	32.80%
Después de salir del hospital, de su recuperación que ha sido difícil		
Cuidado de herida quirúrgica	66	32.80%
Manejo del dolor	131	65.20%
Después de salir del hospital, del cuidado de su bebé qué ha sido difícil		
Pocas horas de descanso	116	57.70%
Cuidados del Recién nacido	57	28.40%
Después de salir del hospital, para alimentar a su bebé qué ha sido difícil		
Lactancia materna	138	68.70%
Dolor en senos	144	71.60%
Después de salir del hospital, qué ha sido difícil en este tiempo para los miembros de su familia u otras personas cercanas		
Adaptación de un nuevo miembro a la familia	68	33.80%

Nota: *f*= Frecuencias, %= Porcentajes

Para dar respuesta al objetivo siete que propuso identificar las dificultades posteriores al alta según características personales de las mujeres en etapa de postparto, se identificó que las mujeres con menor edad, menores años de educación y mayor numero de hijos, mencionaron las dificultades; situación económica, manejo de medicamentos, manejo de dolor, además el no tener una pareja estable, las pocas horas de descanso, lactancia materna, dolor en senos y cuidados del recién nacido. (Tabla 19-21). Además se encontró que las dificultades de las mujeres con menores días hospitalizadas fueron; cuidados de herida y cuidados del recién nacido.

Tabla 19

Prueba U de Mann-Whitney para descripción las dificultades posteriores al alta según la característica edad

Dificultades posteriores al alta	Edad				U	p
	n	Media	Mdn	DE		
Situación económica						
Si	123	21.50	20.00	4.39	3031.50	.001
No	78	24.22	24.00	4.81		
Manejo de medicamentos						
Si	55	21.20	19.00	3.84	3114.50	.001
No	146	23.07	21.50	4.95		
No tener pareja estable						
Si	66	21.39	19.00	4.58	3238.00	.001
No	135	23.13	22.00	4.72		
Manejo del dolor						
Si	131	21.07	20.00	3.61	2340.50	.001
No	70	25.34	26.00	5.33		
Pocas horas de descanso						
Si	116	21.17	20.00	3.85	2895.00	.001
No	85	24.45	24.00	5.18		
Cuidados del recién nacido						
Si	57	20.51	19.00	3.27	2618.00	.001
No	144	23.37	22.00	4.98		
Lactancia materna						
Si	138	21.75	20.00	4.47	2788.00	.001
No	63	24.33	24.00	4.84		
Dolor en senos						
Si	144	21.63	20.00	4.31	2347.00	.001
No	57	24.91	24.00	4.97		

Nota: Mdn= Mediana, DE=desviación estándar, U= prueba de U de Mann Whitney, p= significancia estadística, n= número de observaciones

Tabla 20

Prueba U de Mann-Whitney para descripción las dificultades posteriores al alta según la característica años de educación

Dificultades posteriores al alta	Años de educación					
	n	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Situación económica						
Si	123	9.59	9.00	2.13	3869.50	.001
No	78	10.63	9.00	2.75		
No tener pareja estable						
Si	66	9.15	9.00	2.22	3451.50	.001
No	135	10.40	9.00	2.44		
Cuidados de herida quirúrgica						
Si	66	9.50	9.00	2.24	3682.00	.003
No	135	10.23	9.00	2.50		
Manejo del dolor						
Si	131	9.63	9.00	2.14	3827.50	.004
No	70	10.66	9.00	2.81		
Pocas horas de descanso						
Si	116	9.59	9.00	2.11	4035.50	.002
No	85	10.54	9.00	2.75		
Cuidados del recién nacido						
Si	57	9.28	9.00	2.00	3292.00	.002
No	144	10.27	9.00	2.54		
Lactancia materna						
Si	138	9.66	9.00	2.32	3550.00	.003
No	63	10.71	9.00	2.54		
Dolor en senos						
Si	144	9.65	9.00	2.25	3288.00	.002
No	57	10.86	9.00	2.69		

Nota: *Mdn*= Mediana, *DE*=desviación estándar, *U*= prueba de U de Mann Whitney, *p*= significancia estadística, *n*= número de observaciones

Tabla 21

Prueba U de Mann-Whitney para descripción las dificultades posteriores al alta según la característica número de hijos

Dificultades posteriores al alta	Número de hijos					<i>p</i>
	<i>n</i>	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	
Situación económica						
Si	123	1.53	1.00	.75	2781.50	.001
No	78	2.20	2.00	.98		
Manejo de medicamentos						
Si	55	1.38	1.00	.68	2523.00	.001
No	146	1.95	2.00	.93		
No tener pareja estable						
Si	66	1.76	1.00	.76	3269.00	.001
No	135	1.93	2.00	.94		
Manejo del dolor						
Si	131	1.54	1.00	.71	2672.00	.001
No	70	2.26	2.00	1.04		
Pocas horas de descanso						
Si	116	1.47	1.00	.70	2555.50	.001
No	85	2.24	2.00	.97		
Cuidados del recién nacido						
Si	57	1.28	1.00	.55	2188.50	.001
No	144	1.99	2.00	.94		
Lactancia materna						
Si	138	1.55	1.00	.77	2250.50	.001
No	63	2.32	2.00	.96		
Dificultad de la adaptación de un nuevo miembro a la familia						
Si	68	1.59	1.00	.75	3721.00	.002
No	133	1.89	2.00	.96		

Nota: *Mdn*= Mediana, *DE*=desviación estándar, *U*= prueba de U de Mann Whitney, *p*= significancia estadística, *n*= número de observaciones

En la tabla 22, se muestra el resultado del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la calidad del plan de alta y la transición saludable, dando respuesta al objetivo general, se encontró que el modelo fue significativo ($p < .001$) con una varianza explicada de 48.70%. Se mostró que todas las variables mostraron efecto significativo, preparación para el alta hospitalaria ($\beta = -.723, p < .001$), la calidad de la enseñanza al alta ($\beta = .232, p < .001$), el cumplimiento del plan de alta ($\beta = -.178, p < .001$), sobre la transición saludable. Lo que indica que la preparación para el alta hospitalaria y el respectivo cumplimiento del plan de alta presentaron un efecto negativo en la transición, lo que refleja una transición saludable. La calidad de la enseñanza al alta muestra un efecto positivo.

Tabla 22

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para calidad del plan de alta sobre transición saludable

Transición saludable	Coeficiente no estandarizados		Coeficientes estandarizados		p	IC 95% para β	
	β	Error estándar	β			LI	LS
(Constante)	74.9	4.8					
Preparación para el alta hospitalaria	-.723	.067	-.652	.001		-.855	-.591
Calidad de la enseñanza al alta	.232	.071	.193	.001		.092	.372
Registro de educación a pacientes y familia	-.178	.034	-.275	.001		-.245	-.111
Modelo 1	$R^2 = 48.70\%, p < .001$						

Nota: β = beta, IC 95% = Intervalo de confianza de 95%, LI = límite inferior, LS = límite superior, R^2 = Coeficiente de determinación

Hallazgos adicionales

En la tabla 23 se muestra el resultado del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para control prenatal, calidad del plan de alta la transición saludable, se encontró que al incluir la variable control prenatal mejora el modelo dando una varianza explicada de un 52.10%, mostrando un efecto negativo en la transición saludable, es decir llevar control prenatal mejora el proceso de una transición saludable dado que mostrar un efecto negativo significa una transición saludable.

Tabla 23

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para control prenatal, calidad del plan de alta sobre transición saludable

Transición saludable	Coeficiente no		Coeficientes		IC 95% para β	
	estandarizados	Error	estandarizados	p	LI	LS
	β	estándar	β			
(Constante)	83.7	5.2				
Control prenatal	-8.101	2.174	-.195	.001	-12.38	-3.81
Preparación para el						
alta hospitalaria	-.655	.067	-.591	.001	-.855	-.591
Calidad de la						
enseñanza al alta	.237	.069	.197	.001	.092	.372
Registro de educación						
a pacientes y familia	-.177	.033	-.273	.001	-.245	-.111
Modelo 1	$R^2 = 52.10\%$, $p < .001$					

Nota: β =beta, IC 95%= Intervalo de confianza de 95%, LI= límite inferior, LS=límite superior, R^2 =Coeficiente de determinación, p= valor de p

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron identificar las características de las mujeres en postparto así como la relación entre calidad del plan de alta y la transición saludable.

En la población del estudio se observó que más del 55% de la muestra de mujeres, tuvieron parto por cesárea en un hospital de tercer nivel, la recomendación de la OMS (2018), indica que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% en hospitales de segundo nivel y el 15% en el tercer nivel de atención. Esta es una área que debe investigarse, debido a un incremento casi de un 300% de lo que establece la OMS, en los hospitales públicos.

Además se debe de considerar en la gerencia de enfermería debido a la implicación de recursos humanos y materiales para la calidad de la atención. Considerando que la cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario, aumentando considerablemente los costos en la atención.

La asistencia de las mujeres embarazadas al control prenatal es considerada como una medida importante para mantener y preservar la salud de la madre y del feto, permitiendo conocer oportunamente los factores de riesgo con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal, además determinante para empoderar en todos los sentidos a la mujer sobre autocuidados y cuidados del bebé. En México es un servicio que se ofrece de forma gratuita desde el primer mes de embarazo, sin embargo en la población del estudio se obtuvo que más del 25% de las mujeres no asisten a consultas de control prenatal durante su embarazo, siendo esto una limitante para el

personal de salud, en cuanto a la detección oportuna, prevención y tratamientos de enfermedades detectables durante el embarazo, a largo plazo aumentando los costos en la atención.

Estos resultados obtenidos, difieren de algunos autores que reportan menos cumplimiento del control prenatal (Tutal et al., 2019, Yanikkerem et al., 2018). Esto pudiera ser debido a que existen características de las mujeres donde el tener más de dos hijos implica no necesitar el control prenatal, viajes durante el embarazo que limita la vista al control, incluso que los centros de salud están retirados del lugar donde viven. Esta es un área que debería de investigarse debido a la falta de cumplimiento con lo recomendado, el aumento en las complicaciones y los costos de la atención.

En cuanto a los temas que se reciben en el control prenatal se obtuvo que se cumplen con lo recomendado en la NOM 007, sin embargo al no cumplir al 100% con las citas del control prenatal existe una variación en cuanto a los temas recibidos, siendo los mayormente citados los de lactancia materna y planificación familiar, resultados similares a los encontrados por Tutal et al., (2019), en este estudio se reportaron los mismos temas ofrecidos en el plan de alta y el control prenatal, además la media reportada en las necesidades de la mujer, fue mayor, a la media sobre la información que recibieron del personal de salud. Lo anterior significa que la información ofrecida en el hospital, es repetitiva y no acorde a las necesidades reales de la mujer en postparto.

En cuanto a los días estancia no se encontraron correlaciones con las variables calidad de la enseñanza y transición saludable, resultados que difieren con autores como Weiss y Lokken (2009), y Malagon, Connelly y Bush (2017), que reportan la relación existente entre permanecer más días hospitalizado y reflejar una transición saludable, esto podría deberse a que en el presente estudio la media de días hospitalizadas fue menor a la reportada en estos estudios.

La percepción de la preparación para el alta hospitalaria de la mujer en periodo de postparto, implica una integración del cómo se siente sobre estado físico y emocional,

el conocimiento de cómo cuidarse y cuidar del bebé en el hogar, una proyección sobre las capacidades de afrontamiento para atender las necesidades en el hogar y una expectativa de ayuda y apoyo en el periodo de transición, lo que sugiere que la percepción para ser dadas de alta es una experiencia única para cada mujer, se observó que en general las mujeres tienen una buena percepción sobre estar preparadas para el alta hospitalaria, lo que concuerda con un estudio en mujeres en postparto y en adultos hospitalizados (Weiss & Lokken 2009, Silva, Quiroz & Weiss, 2018).

En cuanto a la calidad de la enseñanza para el alta en mujeres en etapa de postparto, se midió con la información necesitada, la información que recibieron del personal de salud, la forma que utilizaron para su enseñanza, y los resultados mostraron una calidad de la enseñanza baja, donde se puede observar que reciben una cantidad de información menor a la información necesitada representando el vacío de información que la mujer presenta al momento de ser dada de alta. Este resultado se evidencia con el gran número de dificultades que señalaron cuando se les dio seguimiento. Entre las dificultades que señalaron más fueron; dolor en senos, lactancia materna, manejo del dolor, manejo de medicamentos, pocas horas de descanso.

Estos resultados coinciden con investigaciones previas en esta misma población, donde la información recibida no cumple con la información necesitada, debido a esta situación las pacientes tuvieron una mayor dificultad en el hogar; lo que resultó en llamadas más frecuentes a amigos y familia para asesoramiento y apoyo (Malagon, Connelly & Bush, 2017, Weiss & Lokken, 2009).

Con respecto al modo de entrega de la educación al alta que refleja la habilidad de las enfermeras como educadoras en la presentación de la enseñanza al alta, incluye elementos como escuchar y responder preguntas y preocupaciones específicas, proporcionando información coherente, promoviendo la capacidad de cuidarse y saber que hacer en caso de emergencia. En general las madres informaron el modo de entrega de la información al alta como no satisfactorio lo que coincide con estudios previos

(Acevedo, Pizarro, Moriel, González & Berumen, 2016; Weiss y Lokken 2009). Esto representa un foco de atención que demanda la intervención de profesionales de enfermería que mejoren las técnicas de enseñanza para tener un aprendizaje significativo. Donde se resalta la necesidad de mejorar la relación humana, que incluya un cambio de actitud en los profesionales de enfermería en esta población para mejorar la adaptación de la mujer en el puerperio, además se considera que el modo de entrega de la educación al alta impacta en el incremento de la salud materno-infantil.

En lo referente al cumplimiento del plan de alta en mujeres en etapa de postparto se obtuvo que de los expedientes consultados más del 60% cumplía con el registro de educación a pacientes y familia, lo que difiere con un estudio realizado en la ciudad de México (López, Leonel, Ávila & Castolo, 2014), donde en solo el 44% de los expedientes clínicos se encontraba registrado el plan de alta. Esto podría atribuirse a las investigaciones realizadas sobre la importancia del cumplimiento del plan de alta y el papel de enfermería como educadores, estudios demuestran que el registro de enfermería constituye la principal fuente de información, así mismo nos brinda una visión completa y global del cuidado del paciente, para la continuidad de los cuidados, evitando duplicidad de los mismos, mejorando así la comunicación (Cano et al., 2013, Puntunet et al., 2010).

A pesar de los resultados obtenidos no se cumple con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana- 004 SSA3-2012 del Expediente Clínico, donde establece el cumplimiento al 100% de los registros de alta de cada paciente para demostrar la legalidad de los actos realizados: legalmente lo que no se escribe no se hizo. Además en un estudio realizado por Sánchez, Carrillo y Barrera (2014), se concluyó que los planes de egreso son un factor clave para prevenir los reingresos hospitalarios

Con respecto al método utilizado para brindar la educación al alta se obtuvo la explicación verbal y escrita, lo que coincide con los resultados obtenidos estudios anteriores (López, Leonel, Ávila & Castolo, 2014), donde se plantea que las

recomendaciones deben cumplir con ciertos criterios, tales como que sea dada de forma oral y escrita y además debe ser clara y lo más comprensible; se debe verificar que ésta haya sido entendida en su totalidad; de esta forma se garantiza su correcta aplicación por parte del paciente y/o el familiar promoviendo su autocuidado.

El personal que imparte la educación al alta fue enfermería con el mayor de los porcentajes esto corresponde a las sugerencias de estudios anteriores donde enfermería como dueños del procesos es el responsable de mantener informado al paciente empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo, así mismo apoya al paciente disminuyendo su estado de ansiedad, al continuar solo con sus cuidados en el hogar (López, Leonel, Ávila & Castolo, 2014).

La experiencia de la transición trae consigo reformulaciones de la identidad, durante la transición vivida (Meleis, 2015), se observó que en general las mujeres tuvieron la capacidad de asumir una nueva identidad, con nuevas responsabilidades para atender cada uno de sus roles, como madre, esposas y trabajadora, resultados similares a estudios previos (Canaval, Jaramillo, Rosero & Valencia, 2018; Malagon, Connelly & Bush, 2017; Weiss & Lokken, 2009), donde la transición experimentada es favorable para llevar una adaptación posterior al alta hospitalaria.

Respecto al objetivo dos que muestra, identificar la relación entre la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza al alta, el cumplimiento del plan de alta y la transición saludable, se identificó una relación positiva que indica, cuanto mayor es la percepción de la madre para ser dada de alta mayor es la calidad de la enseñanza al alta, mayor es el cumplimiento del plan de alta reflejando una transición saludable. Resultados similares a los obtenidos por Weiss y Lokken (2009), muestran que la preparación para el alta hospitalaria y la calidad de la enseñanza tienen beneficios que se hacen evidentes en el periodo de transición después del parto.

Además se observa que la calidad de la enseñanza para el alta tuvo una relación significativa pero más débil que las demás con respecto a la transición saludable, esto

podría deberse a una necesidad de información insatisfecha a la hora de dar de alta a las pacientes representando una oportunidad de mejora de la enseñanza que se brinda a las pacientes, práctica central del personal de enfermería ya que incorporar la enseñanza de alta en todos los encuentros con los pacientes proporcionará múltiples oportunidades de reforzar la información y promover un sentido de competencia y adaptación después del parto. Resultados de estudios similares confirman que la calidad de la información recibida antes de salir del hospital muestra una fuerte relación con tener o no dificultades posteriores al egreso (Silva, Quiroz & Weiss, 2018).

En cuanto al objetivo tres se identificó que la preparación para el alta hospitalaria y la calidad de la enseñanza al alta se vivieron bajo cierta relación con condiciones personales de la mujer, como la edad, el estado civil y su nivel educativo, lo que contribuyó a que la transición fluyera saludablemente. Se obtuvo que las mujeres con mayor edad y mayores años de educación tienen una percepción mejor para estar listas para el alta hospitalaria y viven una transición saludable resultados similares a estudios previos (Silva, Quiroz & Weiss 2018; Yanikkerem et al., 2018), las mujeres con mayor edad mostraron mejor puntaje en su conocimiento y adaptación después del parto.

Además se identificó que las mujeres casadas tenían mejor percepción sobre su preparación para el alta y reflejaban una transición saludable a comparación de las mujeres solteras o en unión libre, esto debido al apoyo y seguridad que recibían de la pareja (Canaval, Jaramillo, Rosero & Valencia, 2018). Esto es un punto importante para tomar en cuenta desde la gerencia de enfermería debido a la necesidad de estandarizar planes de atención tomando en cuenta a la pareja, debido a que la mujer durante el puerperio no solo presenta necesidades educativas sino también necesidades emocionales y afectivas, situación que demanda la intervención de enfermería.

Autores como Acevedo, Pizarro, Moriel, González y Berumen, (2016) expresan que incluir al padre del recién nacido en los planes de educación es una herramienta que impacta en el incremento de la salud materno – infantil, además muestra resultados

positivos en la percepción de la mujer sobre estar lista para irse a casa y vivir una transición saludable. En este sentido distintos autores enfatizan la importancia de la perspectiva de la persona con respecto a sus características sociodemográficas (Canaval, Jaramillo, Rosero & Valencia 2018; Silva, Quiroz & Weiss, 2018), donde muestran que las condiciones propias de una persona influyen en cómo se mueve hacia una transición, que puede facilitar o inhibir el proceso de una transición saludable (Meleis, 2015).

Con respecto al objetivo 4 que plantea, describir la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza al alta y la transición saludable en mujeres en etapa de postparto según factores gineco-obstétricos (tipo de parto, días de estancia hospitalaria, número de hijos vivos, control prenatal, e información recibida durante el control prenatal), se encontró que las mujeres que tenían más de un hijo tenían mejor percepción para ser dada de alta y menores dificultades de adaptación posterior al alta, es decir reflejaban una transición saludable resultados similares a estudios previos (Canaval, Jaramillo, Rosero & Valencia 2018; Ponce, 2016), reflejan que las mujeres al tener más de un hijo perciben su empoderamiento en cuanto a procesos e información por lo que el proceso de transición es saludable.

Se encontraron diferencias significativas en el conocimiento de la mujer primeriza respecto a la mujer multipara, sin embargo autores como Acevedo, Pizarro, Moriel, González y Berumen, (2016) mencionan que es indispensable el acercamiento por parte del personal de enfermería con mujeres con experiencia de algún embarazo previa ya que afirman que el hecho de que en otro momento de su vida, hayan vivenciado un puerperio, no asegura conductas completamente seguras para el cuidado del bebé y su autocuidado. Por esta razón es necesario que la educación brindada al momento del alta sea tomando en cuenta las características de cada mujer y su experiencia previa (Meleis, 2015).

Con respecto a llevar control prenatal durante el embarazo se obtuvo una relación

favorable con la percepción de la mujer para ser dada de alta, así como para percibir una calidad de la enseñanza buena y menores dificultades durante la transición, resultados similares confirman que los temas tratados en el control prenatal ayudan a una mayor independencia de la mujer y una mejor adaptación a su rol de madre, estos datos obtenidos son una oportunidad favorable para el personal de enfermería. Así como lo muestran estudios previos realizados por Siqueira, Vila y Weiss (2018), muestran que la evaluación de la percepción para la preparación para el alta hospitalaria es una oportunidad para el personal de salud para obtener los datos de los pacientes en términos de su estado físico y sus capacidades para gestionar sus necesidades en el hogar, además permite la identificación de posibles dudas no resueltas en el control prenatal que a largo plazo podrían ser obstáculos para vivir una transición saludable.

Además investigaciones previas afirman que a través de la evaluación, el equipo de salud tiene la oportunidad de establecer planes terapéuticos cuyos objetivos sean preparar a los pacientes y su familia para el alta (Nosbusch, Weiss & Boday, 2011). Este es una situación para tomar en cuenta por el personal de enfermería pero sobre todo a nivel gerencial, debido a que son las líderes a cargo de los planes de atención de enfermería por lo tanto es su responsabilidad evaluar las necesidades de atención en términos de preparación para el periodo posterior al alta, también son responsables de garantizar la calidad de la preparación en el control prenatal y antes de que las pacientes sean dadas de alta del hospital.

En cuanto a la información recibida durante el control prenatal se obtuvo que los temas principales que se dan fueron; lactancia materna, autocuidados, cuidados del recién nacido, alimentación saludable y planificación familiar; sin embargo aunque estos temas tuvieron relación con la preparación para el alta hospitalaria, la calidad de la enseñanza al alta y la transición saludable algunas de las mujeres de este estudio expresaron haber necesitado información adicional después del alta sobre temas como manejo de medicamentos, cuidado de herida y manejo de dolor, higiene del sueño, dolor

en senos, inclusive afirman la necesidad de reforzar información al momento del alta sobre lactancia materna, cuidados del recién nacido.

Esta información adicional es similar a la revisada por otros autores donde obtuvieron una mejoría en la precepción de las mujeres para ser dadas de alta después del nacimiento de su hijo, así como una mejora en la calidad de la enseñanza al alta y una transición saludable (Ponce, 2016). Además este autor señala en su investigación haber recibido solicitud de información sobre estado de ánimo y síntomas del puerperio como el manejo de loquios y cólicos, temas importantes para tomar en cuenta por la gerencia de enfermería en la estandarización de planes de cuidado, ya que se tendría que considerar dar otros temas adicionales a los abordados en el control prenatal.

En cuanto al objetivo 5, se observó que más del 80 % de las mujeres contaban con alguien que les ayudara en el postparto, siendo la pareja y la mamá de quien reciben más apoyo resultados similares con estudios previos (Canaval, Jaramillo, Rosero & Valencia 2007, Weiss & Lokken, 2009), donde el 86% de las mujeres contaban con la pareja expresando la importancia que tiene para ellas, su involucramiento en la planeación les dio seguridad y respaldo, además el considerar la casa propia como el lugar donde permanecerán los primeros días después del egreso se puede considerar como una condición de empoderamiento personal de la mujer que influye positivamente en tener una mejor transición en el postparto Meleis (2015).

Poco se sabe sobre los factores estresantes y las necesidades específicas de las pacientes durante las primeras semanas después del alta hospitalaria por esta razón, y para dar respuesta al objetivo seis y siete, se obtuvo información expresadas por la mujer los primeros días después del alta, se obtuvo dificultades y estresores como; situación económica, manejo de medicamentos, tener más de dos hijos, no tener una pareja estable, así como el cuidado de la herida y el manejo del dolor, también las pocas horas de descanso, cuidados del recién nacido, lactancia materna, el dolor en senos y la dificultad de adaptación de un nuevo miembro a la familia.

Las características de las mujeres que presentaron estas dificultades en general fueron similares para cada una de las categorías. Las mujeres con menor edad , menores años de educación y ser madre primeriza, así como permanecer menos días hospitalizadas, presentaban mayor dificultad en su adaptación posterior al alta resultados similares a estudios previos (Silva, Araújo, & Gómez, 2016). Donde más del 35% de los pacientes estaban insatisfechos con la enseñanza en el hospital y mostraron dificultades para su adaptación posterior al alta.

En estudios realizados por Weiss, Costa, Yakusheva, y Bobay (2014) y Yanikkerem et al. (2018), se observó que las pacientes solteras, las de menor edad, las que tuvieron menores días hospitalizadas, así como las madres primerizas presentaron mayores dificultades de adaptación posteriores al alta, además de no saber cuándo realizar sus actividades de manera habitual. Esta situación es de interés del personal de enfermería ya que una atención y educación centrada en el paciente se podría considerar clave para una transición exitosa además de traspasar las barreras hospitalarias ofreciendo un seguimiento de atención para este grupo de pacientes.

En cuanto al objetivo general que plantea determinar la relación entre la calidad del plan de alta (preparación para el alta hospitalaria, calidad de la enseñanza para el alta, cumplimiento de plan de alta) y la transición saludable en mujeres en etapa de postparto, se obtuvo que el parto y el regreso a casa después del nacimiento marcan importantes eventos de transición en la vida de las madres, sus recién nacido y sus familias. En el modelo planteado en este estudio se obtuvo que todas la variables seleccionadas para medir una transición saludable en la vida de las madres fueron significativas, y la varianza explicada fue del 48.70%.

La percepción para la preparación para el alta hospitalaria y el contar con un plan de egreso tuvo un efecto positivo y significativo para llevar a cabo una transición saludable resultados similares a estudios previos (Malagon, Connelly & Bush, 2017; Silva, Quiroz & Weiss 2018), donde asocian de manera predictiva la percepción de estar

preparados para el alta con menos dificultades posteriores al egreso, a su vez esta percepción está influida por la información previa del paciente, aunado a esto en este estudio se observa que la calidad de la enseñanza al alta muestra significancia para una transición saludable, sin embargo no se obtiene el efecto deseado esto debido a que la información dada en el hospital, no cubre las necesidades de la mujer en el posparto, por lo que no tiene un impacto en la transición saludable en la mujer.

Esto podría deberse a que no se cumplió con la expectativa de la mujer en cuanto lo que necesitaba de información para el alta de la información recibida. Representando la necesidad de información que la mujer presenta al momento de ser dada de alta, este resultado se evidencia con el gran número de dificultades que señalaron cuando se les dio seguimiento, porque la información es casi la misma que se les dio en el control prenatal. En un estudio realizado por Boerma et al. (2018) con respecto a la calidad de la atención y enseñanza del personal de enfermería describen que las características de los profesionales de enfermería en cuanto a sus habilidades de comunicación, podrían influir en la calidad de la información brindada y percibida por los usuarios debido a que los profesionales a menudo utilizan terminología médica compleja y difícil de entender, lo que genera información incompleta y contradictoria para el paciente.

Además mencionan que también que algunos pacientes tienen problemas con la retención de la información influida por la ansiedad, fatiga y otras respuestas al contexto y a su situación médica actual. Esto representa un foco de atención que demanda la intervención de profesionales de enfermería donde podría considerarse mejorar las estrategias de aprendizaje fueran más significativas para la mujer y la comunicación enfermera- paciente además de abordar en el hospital información adicional a la planteada en el control prenatal para así poder lograr un impacto en la transición saludable y cumplir con la demanda de información solicitada por la mujer en el postparto.

Durante los últimos años, el sistema de salud ha tenido modificaciones

importantes orientadas al fortalecimiento de la atención integral de la salud. En la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención, las acciones dirigidas a la prevención como lo es el control prenatal deben ocupar un lugar primordial en la atención a la mujer, donde el personal de enfermería desempeña una labor fundamental ya que otorga atención integral y continua al individuo (Solano, González, González, Cervantes & Ledezma, 2018).

La importancia del control prenatal radica en contribuir en la vigilancia del embarazo, en la comprensión de la necesidad de mantener un adecuado estilo de vida y las medidas higiénico-dietéticas. Por lo que en el presente estudio se obtuvo que al incluir la variable control prenatal mejora el modelo con todas las variables seleccionadas para medir una transición saludable en la vida de las madres, mejorando la varianza explicada a un 52.10%; es decir para las mujeres del estudio llevar control prenatal mejora el proceso de una transición saludable. La condición de preparación y conocimientos previos contribuyeron a reflejar una transición saludable en las mujeres (Meleis, 2015).

Conclusiones

El estudio proporcionó información sobre el cumplimiento del plan de alta en donde se muestra que a pesar de las investigaciones previas realizadas sobre la importancia que este representa para los pacientes aún no se logra cumplir el registro en los expedientes clínicos en su totalidad.

En cuanto a la calidad de la enseñanza para el alta, se identificó que la información que requería la mujer, no lo cubrió la información proporcionada por el personal de salud lo que se considera una área de oportunidad presente en la calidad de la enseñanza respecto a la necesidad de información insatisfecha a la hora de dar de alta a las pacientes debido a que existe una fuerte relación con tener o no dificultades posteriores al egreso, en este contexto la importancia de la enseñanza al alta no puede ser exagerada.

Respecto al modo de entrega de la información, las mujeres evaluaron el desempeño del personal de enfermería como no satisfactorio evidenciando la necesidad de mejorar la relación humana, que incluya un cambio de actitud en los profesionales de enfermería en esta población.

Además proporcionó información sobre las características personales de cada mujer de acuerdo con la teoría de las transiciones, identificó que la preparación para el alta hospitalaria y la calidad de la enseñanza al alta se vivieron bajo cierta relación con condiciones personales de la mujer, como la edad, el estado civil y su nivel educativo, lo que contribuyó a que la transición fluyera saludablemente. Las mujeres casadas, con mayor edad y mayores años de educación tienen una percepción mejor para estar listas para el alta hospitalaria y viven una transición saludable.

Este estudio proporcionó información sobre los datos gineco-obstétricos de las mujeres que pudieran ayudar o inhibir el proceso de transición, donde se pudo identificar que las mujeres con una experiencia previa de embarazo mejoran significativamente la experiencia de una transición saludable, además el llevar control prenatal ayuda a una mayor independencia de la mujer y mejora su adaptación al rol de madre.

Se encontró que la percepción para la preparación para el alta hospitalaria y el contar con un plan de egreso tuvo un efecto positivo y significativo para llevar a cabo una transición saludable, además se muestra que la calidad de la enseñanza al alta muestra significancia para una transición saludable, sin embargo se observó que la información dada en el hospital, no cubre las necesidades de la mujer en el posparto, por lo que no tiene un impacto en la transición saludable en la mujer.

El presente estudio proporcionó información sobre las características de las mujeres las cuales presentaron dificultades posteriores al egreso se observó que las pacientes solteras, las de menor edad, las que tuvieron menores días hospitalizadas, así como las madres primerizas presentaron mayores dificultades de adaptación posteriores al alta.

Recomendaciones para la práctica

Concientizar la práctica innecesaria de cesáreas realizadas sin ninguna condición médica que lo requiera, así como enfatizar en los programas de educación sobre el beneficio que ofrecer el control prenatal y cumplir con el 100% de las citas programadas

Concientizar al personal de enfermería sobre la importancia del cumplimiento por escrito del plan de alta siguiendo los lineamientos marcados en la Norma Oficial Mexicana-004 del expediente clínico.

Considerar fortalecer los programas de educación al alta tomando temas adicionales a los vistos en el control prenatal, por ser una importante área de oportunidad identificada en el estudio

Fortalecer la educación de las pacientes tomando en cuenta la percepción para la preparación para el alta de cada mujer y sus necesidades individuales de enseñanza, así como sus características personales.

Se recomienda establecer un programa de seguimiento a las pacientes postparto que permita asegurar una transición saludable, así mismo se recomienda mejorar el vínculo enfermera- paciente para mejorar el modo de entrega de la educación al alta.

Recomendaciones para la investigación

Se recomienda seguir profundizando en el estudio de las transiciones experimentadas por las mujeres en etapa de postparto a través de la teoría de las transiciones de Meleis (2015).

Desarrollar estudios de intervención que permita fortalecer la información que se le brinda a la mujer en el postparto, así como las competencias de enfermería en cuanto al modo de entrega de la educación al alta hospitalaria

Realizar investigaciones e incorporar el componente cualitativo sobre los factores estresantes que las mujeres presentan semanas posteriores a su egreso hospitalario.

Se recomienda seguir utilizando los instrumentos en investigaciones futuras para continuar analizando sus componentes en población mexicana.

Referencias

- Acevedo, B. A., Pizarro, N., Moriel, B. L., González, E., & Berumen, L. (2016). Nursing educational process to promote self-care of women during the postpartum period. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(3), 197-204.
- Barragán, J. A., Moreno, M, M. (2013). Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Global*, 12(29), 217-230.
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D.Y, Barros, A, Barros, F.C, Juan, L. & Neto, (2018). Epidemiología global del uso y las disparidades en cesáreas. *The Lancet* , 392 (10155), 1341-1348.
- Canaval, G. E., Jaramillo, C. D., Rosero, D. H., & Valencia, M. G. (2018). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. *Aquichan*, 7(1), 8-24.
- Cano, A, A., Concepción, M., Martínez,, M., García, C., Hernández , M., & Roldán F, A. (2013). *Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. Atención Primaria*, 40(6), 291–295.
- Carrillo, R., Castillo, M., Acuña, V., Sánchez, L., León, C., & Ramón, F. M. (2016). Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. *Revista Conamed*, 21(1), 15-20.
- Ceballos, T. M., Velásquez, P. A., & Jaén, J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista gerencia y políticas de salud*, 13(27), 274-295.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 166(17), 1822-1828.

- Consejo de Salubridad General (2018). Modelo de Seguridad del Paciente. Recuperado de <http://www.csg.gob.mx/contenidos/certificacion/modelo-seguridad.html>.
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1993). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742011000100002
- Escobar, B., & Sanhueza, O. (2018). Patrones de conocimiento y expresión en el cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1), 27-42.
- Enciso, G. F., & Contreras, M. L. (2014). Muerte materna y muertes evitables en exceso: Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 5, 44-61.
- Elashoff, J. D. (2007). *NQuery Advisor Version 7.0 User's Guide 2007*. Los Angeles, CA: Statistical Solutions Ltd.
- Freyermuth, M. G., & Luna, M. (2014). Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Realidad, datos y espacio. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 5, 42-61.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, (7th ed.). Estados Unidos: Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Estadística de mujeres en México. Recuperado en: <https://www.inegi.org.mx/app/buscador/default.html?q=mujeres+en+postparto>.
- Iglesias, S. M. (2015). Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita posparto en el domicilio frente a otros tipos de seguimiento posparto. *Matronas profesión*, 16(2), 44-49.
- Leyton, I. B. (2019). Paquetes de atención en obstetricia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(1), 57-62.

- Lenis, C. A., & Manriquez, F. G. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*, 15(3), 413-425.
- López, E. T., Leonel, A. A., Ávila, M. Á. C., & Castolo, E. M. C. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Revista de Enfermería Neurológica*, 13(1), 12-18.
- Malagon, M., G., Connelly, C. D., & Bush, R. A. (2017). Predictors of Readiness for Hospital Discharge After Birth: Building Evidence for Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(2), 118-127.
- Maloney, L. R., & Weiss, M. E. (2008). Patients' perceptions of hospital discharge informational content. *Clinical Nursing Research*, 17(3), 200-219.
- Mas, P. R., Barona, V. C., Carreguí, V. S., Ibáñez, G. N., Margaix, F. L., & Escribà, A. V. (2012). Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 236-242.
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. *Nursing theories and nursing practice*, 361-380.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Moreno, M. M. G., (2013). Calidad y seguridad de la atención. *Ciencia y enfermería*, 19(1), 7-9.
- Moreno, M. C., Rincón, V., Mil, T., Arenas, C. M., Sierra, M. D., Cano, Q. Á., & Cárdenas P. D. (2014). La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. *Revista Cuidarte*, 5(2), 739-747.
- Nosbusch, J. M., Weiss, M. E., & Bobay, K. L. (2011). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of clinical nursing*, 20(5-6), 754-774.

- Organización Mundial de la Salud (2013). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Recuperado en:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Morbimortalidad Materna. *Nota descriptiva*. Recuperado en:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/.
- Plan Nacional de Desarrollo (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Ciudad de México, México.
- Ponce, M. (2016). Conocimientos de las púerperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. *Matronas profesión*, 1, 14-19.
- Puntunet, B. M., López, F. L., Domínguez, B. A., Cadena, J. C., Ruíz, A. C., & Teniza, N. D. (2010). Diseño y validación de un formato general para documentar el plan de alta en la persona con alteración cardiovascular. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 18(1-2), 18-22.
- Romero, M., S, T., Cuevas, N, L., Gómez, H, M., Gaona, E. B., Gómez, A, L. & Hernández, A, M. (2016). la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. *Salud Pública de México*, 59, 299-305.
- Romero, O. E. V., & Romero, F. M. V. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 6(1), 41-45.
- Rhudy, L. M., Holland, D. E., & Bowles, K. H. (2010). Illuminating hospital discharge planning: staff nurse decision making. *Applied Nursing Research*, 23(4), 198-206.

- Sánchez, B., Carrillo, G. M., & Barrera, L. (2014). El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 17(1), 13-23.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud [DOF 02-04-2014], México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud (2015). Programa de Acción Específico. Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Promocion_de_la_Salud_y_Determinantes_Sociales.pdf
- Secretaría de Salud (2016). Norma Oficial Mexicana [NOM-007-SSA2], para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf.
- Secretaría de Salud (2016). Norma Oficial Mexicana [NOM-004-SSA3-2012], del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787.
- Simó, C., Hernández, A., Muñoz, D., & González, M. (2015). El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151(1), 141-165.
- Sinti, J., Margot, L., Pinedo, J. E., & Tello, C. M. (2017). Cuidado humanizado de enfermería y nivel de satisfacción percibida en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Regional Loreto (Tesis doctoral). Universidad Peruana Unión, Lima Perú.
- Silva, Araújo, M.D. y Gómez F.A (2016). Relatos de morbilidad materna grave: estudio cualitativo sobre la percepción de las mujeres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 618

- Silva, V. S., Quiroz, P. E., & Weiss, M. (2018). Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad. *Índex de Enfermeria*, 23-27.
- Siqueira, T.H, Vila, V. & Weiss, M. (2018). Adaptación transcultural del instrumento Preparación para la escala hospitalaria de alta hospitalaria. *Revista brasileira de Enfermagem*, 71(3), 983-991.
- Solano, G. S., González, T. B. R., González, M. J. R., Cervantes, S. L., & Ledezma, J. C. R. (2018). Impacto de una intervención educativa en mujeres embarazadas con respecto a su autocuidado. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(11), 875-886.
- Total, L. M., Rodríguez, V. A., Zúñiga, B., Lizeth, E., Ortega Vallejo, D. F., Collazos, Z., & Rivera López, H. (2019). Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(2), 157-162
- Weiss, M. E. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.
- Weiss, M. E., Costa, L. L., Yakusheva, O., & Bobay, K. L. (2014). Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. *Health services research*, 49(1), 304-317.
- Weiss, M. E., & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(4), 406-417.
- Weiss, M., & Piacentine, L. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 1-24.
- Yanikkerem, E., Esmeray, N., Karakuş, A., Üstgörül, S., Baydar, Ö., & Göker, A. (2018). Factors affecting readiness for discharge and perceived social support after childbirth. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2763-2775.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de datos personales y gineco-obstétricos

Los siguientes datos son para caracterizar la muestra de las participantes de este estudio.

La información solicitada se marcará con una cruz en la alternativa que corresponda.

Folio _____

Edad: _____ años	Número de años de educación formal _____Años																		
Estado Civil: 1. Soltera <input type="checkbox"/> 2. Casada <input type="checkbox"/> 3. Viudo/Separado <input type="checkbox"/> 4. Unión libre <input type="checkbox"/>	Dónde permanecerá los primeros días posteriores al egreso hospitalaria 1.-Casa Propia <input type="checkbox"/> 2.-Con su mamá <input type="checkbox"/> 3.- Con su suegra <input type="checkbox"/> 4.- Otro familiar o lugar _____																		
Control prenatal 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Plan de temas vistos:</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Si</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>Lactancia materna</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alimentación saludable</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autocuidados</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cuidados del recién nacido</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Planificación familiar</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Plan de temas vistos:	Si	No	Lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentación saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autocuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidados del recién nacido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planificación familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuenta con apoyo de alguien que le ayude en el postparto Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quién? _____
Plan de temas vistos:	Si	No																	
Lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Alimentación saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Autocuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Cuidados del recién nacido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Planificación familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Tipo de parto 1.-Fisiológico <input type="checkbox"/> 2.-Quirúrgico <input type="checkbox"/>	Número de hijos vivos _____																		
Número de días hospitalizada _____ días																			

14. ¿Sabe sobre el seguimiento de la atención médica que usted y su bebé necesitan después de ir a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
15. ¿Conoce los servicios de salud y la información disponible en su comunidad cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
16. ¿Cómo va a poder llevar a cabo las tareas de cada día en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mal Perfectamente
17. ¿Cómo va a llevar a cabo su cuidado personal (por ejemplo, higiene, bañarse, ir al baño, comer) en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mal Perfectamente
18. ¿Cómo va a poder realizar el cuidado del bebé?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy mal Perfectamente
19. ¿Cuánto apoyo emocional va a tener cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Mucho
20. ¿Cuánta ayuda va a tener a la hora de su cuidado personal cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Mucho
21. ¿Cuánta ayuda va a tener con las tareas domésticas (por ejemplo, cocinar, limpiar, comprar, cuidar niños) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Mucho
22. ¿Cuánta ayuda va a tener con el cuidado de su bebé cuando está en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ninguna Mucho

Apéndice C

Cuestionario-Calidad de la enseñanza al alta Formulario Postparto ©

Por favor, marque o circule su respuesta. La mayoría de las respuestas se encuentran en una escala de 10 puntos de 0 a 10. Las palabras debajo del número indican lo que el 0 o el 10 significan. Elija el número entre 0 y 10 que mejor describa cómo se siente.

1a. ¿Cuánta información <u>necesitó</u> de las enfermeras sobre su cuidado para irse a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
1b. ¿Cuánta información <u>recibió</u> de las enfermeras sobre su cuidado para irse a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
2a. ¿Cuánta información <u>necesitó</u> de las enfermeras sobre sus emociones para irse a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
2b. ¿Cuánta información <u>recibió</u> de las enfermeras sobre sus emociones para irse a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
3a. ¿Cuánta información <u>necesitó</u> de sus enfermeras sobre el cuidado de su bebé después de que regrese a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
3b. ¿Cuánta información <u>recibió</u> de las enfermeras sobre el cuidado de su bebé para irse a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
4a. ¿Cuánta información <u>necesitó</u> de las enfermeras sobre cómo alimentar a su bebé cuando regrese a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
4b. ¿Cuánta información <u>recibió</u> de las enfermeras sobre cómo alimentar a su bebé cuando regrese a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
5a. ¿Cuánta práctica <u>necesitó</u> con las habilidades del cuidado del bebé antes de ir a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima

5b. ¿Cuánta práctica <u>tuvo</u> con las habilidades del cuidado del bebé antes de ir a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
6a. ¿Cuánta información <u>necesitó</u> de las enfermeras sobre a quién y cuándo debe llamar si tiene problemas de salud después de que regrese a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
6b. ¿Cuánta información <u>recibió</u> de las enfermeras sobre a quién y cuándo debe llamar si tiene problemas de salud después de que regrese a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
7a. ¿Cuánta información <u>necesitó</u> su familiar(es) u otras personas sobre el cuidado de usted y su bebé para irse a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
7b. ¿Cuánta información <u>recibió</u> su familiar(es) u otras personas sobre el cuidado de usted y su bebé para irse a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
8. ¿Cuánta de la información dada por las enfermeras respondió a sus específicas inquietudes y preguntas?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
9. ¿Cuánto escucharon las enfermeras de sus preocupaciones?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísimo
10. ¿Fueron sensible las enfermeras a sus creencias y valores personales?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
11. ¿Le gustó la forma en que las enfermeras le enseñaron acerca de cómo cuidar de usted y su bebé cuando esten en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
12. ¿La información dada por las enfermeras sobre el cuidado de usted y su bebé le fue presentada a usted en una forma que pudiera entender?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Siempre
13. ¿Las enfermeras comprobaron de que usted si entendió la información y las instrucciones?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima

14. ¿Recibió consistente (la misma) información de las enfermeras, médicos y otros trabajadores de la salud?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Siempre
15. ¿La información sobre el cuidado de usted y su bebé le fue dada en horarios que eran buenos para usted?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Siempre
16. ¿La información que recibió de las enfermeras le fue dada en horarios en el que miembro(s) de su familia u otras personas podrían asistir?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Siempre
17. ¿Las enfermeras le ayudaron a que se sintiera segura en su capacidad para cuidar de usted y su bebé cuando estén en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima
18. ¿Qué tan segura se siente que usted sabría qué hacer en caso de emergencia relacionada con la salud de usted o su bebé?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Extremadamente
19. ¿La información que las enfermeras le dieron sobre el cuidado de usted y su bebé disminuye su ansiedad de irse a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada Muchísima

Por favor comparta cualquier otro pensamiento que pueda tener sobre la calidad de la enseñanza de alta hospitalaria.

Apéndice D

Cuestionario- Dificultades de Adaptación Posterior al Alta Formulario

Seguimiento Postparto©

Las respuestas se encuentran en una escala de 10 puntos de 0 a 10. Donde el cero significa en absoluto y diez extremadamente. Elija el número entre 0 y 10 que mejor describa cómo se siente

Desde que su bebe llego a casa tras salir del hospital:

<p>1. ¿Qué tan estresante ha sido su vida?</p> <p>Después de salir del hospital, en su vida que ha sido estresante?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>En absoluto Extremadamente</p>
<p>2. ¿Qué tan difícil ha sido para usted su propia recuperación?</p> <p>Después de salir del hospital, de su recuperación que ha sido difícil?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>En absoluto Extremadamente</p>
<p>3. ¿Qué tan difícil ha sido para usted cuidar a su bebé?</p> <p>Después de salir del hospital, del cuidado de su bebé qué ha sido difícil</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>En absoluto Extremadamente</p>
<p>4. ¿Qué tan difícil ha sido para usted alimentar a su bebé?</p> <p>Después de salir del hospital, para alimentar a su bebé qué ha sido difícil</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>En absoluto Extremadamente</p>

5. ¿Qué tan difícil ha sido el tiempo para los miembros de su familia u otras personas cercanas?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Después de salir del hospital, qué ha sido difícil en este tiempo para los miembros de su familia u otras personas cercanas?	En absoluto Extremadamente										
6. ¿Qué tanta ayuda ha necesitado para el cuidado de su bebé?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. ¿Qué tanto apoyo emocional ha necesitado?	En absoluto Extremadamente										
8. ¿Qué tan segura de si misma se ha sentido en su capacidad para atender sus necesidades después del parto?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. ¿Qué tan segura de si misma se ha sentido en su capacidad para cuidar a su bebé después del parto?	En absoluto Extremadamente										
10. ¿Qué tan bien se ha adaptado para estar en casa desde el nacimiento de su bebé?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	En absoluto Extremadamente										

Apéndice E

Registro de educación a pacientes y familia para el alta hospitalaria

Se marcará con una X la información registrada en el expediente clínico sobre el plan de alta 1. Se encuentra el plan de educación registrado en el expediente clínico?

Si ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, favor de continuar el llenado de este apéndice, de lo contrario omitir su llenado

Temas	Método
1. Lactancia Materna Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Explicación Verbal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Autocuidados y Cuidados del Recién nacido Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2. Demostración Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Alimentación saludable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3. Videos y audio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Planificación familiar Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4. Impreso (tríptico, díptico etc.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Comprensión del aprendizaje	Parentesco
1. Paciente refiere educación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Paciente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Reducción de comprensión Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2. Familia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Realización de procedimiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3. Otro Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quien? _____

Imparte	
15. Residente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16. Enfermería	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17. Médico interno	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
18. Trabajo social	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Apéndice F

Consentimiento informado

Institución: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería.

Subdirección de Posgrado e Investigación.

Título del proyecto: Calidad del plan de alta y transición saludable en mujeres durante el postparto

Investigador responsable: LE. Marisela Larrea Torres

Asesor responsable: MCE. Julia Teresa López España

Introducción/Propósito del estudio:

El presente estudio está enfocado a conocer algunos aspectos relacionados con la preparación para el alta, la calidad de la enseñanza, la transición saludable y el cumplimiento del plan de alta en mujeres en etapa de postparto. Por esta razón se le invita a participar en el presente estudio que forma parte como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. Antes de que tome una decisión, se le brindará información clara, veraz, suficiente y oportuna acerca del presente estudio que se describe a continuación. Si desea participar le solicitamos firmar esta forma de consentimiento

Descripción del estudio/procedimiento:

Si usted decide participar se le aplicarán dos cuestionarios por medio de la entrevista los cuales serán explicados a detalle por el investigador y al pasar 8 días después de que usted egrese de la institución recibirá una llamada telefónica para lo cual se destinará un horario específico que no interrumpa con sus actividades diarias cuidando en todo momento su privacidad y anonimato. El tiempo en contestar los cuestionarios será de 15 minutos aproximadamente. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que deje de participar, no tendrá ningún problema o consecuencia en la institución hospitalaria.

Riesgos:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Sin embargo, si se llegara a sentir incómoda e indispuesta, puede retirarse por un momento y reintegrarse posteriormente para seguir contestando las preguntas. Al igual, puede retirarse del estudio en el momento que lo decida.

Beneficios:

En este estudio no existe un beneficio remunerado o costo económico por participar; sin embargo, en un futuro los resultados encontrados, permitirán el diseño de programas para fortalecer el desarrollo de programas sobre preparación y enseñanza para egresos hospitalarios exitoso y además programas de seguimientos domiciliario para mujeres en etapa de postparto.

La decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria, si acepta participar los únicos que conoceremos esta información será usted y los responsables de la investigación. No se proporcionará información personalizada a ninguna persona, los resultados de ser expuestos en un artículo de investigación serán publicados de forma general sin afectar su individualidad, los cuestionarios que conteste serán anónimos y su información es totalmente confidencial por lo que no es necesario que proporcione su nombre. Para respetar el anonimato en todo momento se manejarán códigos o números de folios a fin de que usted no sea identificada. Estos se mantendrán bajo resguardo por el investigador durante un periodo de seis meses y posteriormente serán destruidos.

Compromisos del Investigador:

Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera su atención en el hospital donde se encuentra atendida.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la participación de su hijo (a) en este estudio, por favor comuníquese con el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], la cual se

localiza en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento

Acepto voluntariamente, participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He escuchado la información que me han otorgado a cerca de este estudio que se está realizando, todas mis preguntas y dudas han sido respondidas con satisfacción, aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento que yo lo decida.

Firma y Fecha del participante

Firma y Fecha del investigador

Firma y Fecha del Testigo 1

Firma y Fecha del Testigo 2

Apéndice G

Formato de recolección de números telefónicos

[illegible]

Resumen Autobiográfico

L.E Marisela Larrea Torres

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: CALIDAD DEL PLAN DE ALTA Y TRANSICIÓN SALUDABLE EN MUJERES DURANTE EL POSTPARTO

LGAC: Administración y gerencia del cuidado

Biografía: Nacida en Ciudad Juárez, Chihuahua, México el 17 de Julio de 1990, hija de la Sra. Angela Guadalupe Torres Flores y el Sr. Martin Lorenzo Larrea Ponce.

Educación: Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, generación 2008-2012. Diplomado en Enfermería Industrial, impartido en la Universidad Cultural por sistemas académicos SIAAN. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para realizar estudios de posgrado.

Experiencia profesional: Miembro de Colegio de Enfermeras de Ciudad Juárez A.C, desde 2017. Profesora de Asignatura en el Programa de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, de Enero 2015 a Diciembre 2017. Miembro activo de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau Internacional, Capítulo Tau Alpha desde Marzo 2018.

Correo electrónico: marisela.larrea@gmail.com